Nr. 7. 11. lutego 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

## WYKŁADY KLINICZNE.

Doc. U. J. Dr. Józef SZYMANOWICZ. Kraków.

### Leczenie operacyjne zmian zapalnych przydatków macicy[1]).

Z Oddz. ginekolog.-położniczego szpit. św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Doc. Dr. J. Szymanowicz.

Leczenie zmian zapalnych przydatków macicy w różnych okresach rozwoju było przedmiotem rozważań już od dziesiątek lat. Czy leczyć zachowawczo, unikać zabiegu operacyjnego — czy też, po bezowocnej próbie leczenia na drodze zachowawczej, operować, oto pytanie, nad którem mamy się dzisiaj zastanowić. Jak pierwotnie zwyciężała opinja o zachowawczem leczeniu, może wskutek niedostatecznie wykształconej techniki operacyjnej, tak znowu w ostatnich latach większość ginekologów zdaje się skłaniać ku kierunkowi operacyjnemu w zapaleniach przydatków. Czy zapatrywanie to jest słuszne i jak to zagadnienie przedstawia się na materjale oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala św. Łazarza w ostatnich dwóch latach, pragnąłbym poniżej przedstawić.

Co do ostrych stanów zapalnych, to prawie wszyscy zgodnie stwierdzają, że należy je leczyć zachowawczo, dążyć wszystkiemi możliwemi środkami do wessania i zmniejszenia się powstałych guzów, ewentualnie elektro- i hydroterapją doprowadzić do możliwie najlepszej poprawy. Przyznać należy, że wyleczenie w tym okresie dać może dobry wynik, chore odzyskać mogą nietylko całkowite zdrowie, lecz mogą nawet wyjątkowo zajść w ciążę.

Zdarzają się jednak w tych ostrych stanach zapalnych takie przypadki, które mimo naszych wysiłków leczniczych, nietylko że nie poprawiają się, ale raczej przeciwnie grożą niebezpiecznemi powikłaniami, jak ogólnem zakażeniem, przebiciem do jamy brzusznej, wytworzeniem przetok i t. p. W tych razach, nawet mimo ostrych objawów, nie waham się operować.

Właśnie w sześciu takich przypadkach u osób młodych (między szesnastym a dwudziestymszóstym rokiem życia) wykonałem zabieg doszczętny przez powłoki brzuszne. Kolpotomja była niemożliwa spowodu bardzo wysoko usadowionych guzów i niemożności dojścia do nich przez pochwę. U chorych tych, mimo wyczerpania całego arsenału leczniczego, gorączka utrzymywała się stale bardzo wysoko, leukocytoza dochodziła do kilkunastu tysięcy, stan serca pogarszał się z dnia na dzień, a sprawa w jednych przypadkach groziła uogólnieniem, zaś w innych groziła przebiciem do jamy otrzewnowej. Zabieg operacyjny wykonano we wszystkich tych przypadkach w uśpieniu eterowem, przyczem zaznaczyć muszę, że chore te wysoko gorączkujące, niejednokrotnie bardzo wynędzniałe, ten rodzaj znieczulenia znoszą znakomicie, zwłaszcza jeżeli przez kilka dni przed zabiegiem otrzymują środki wzmacniające narząd krążenia.

U tych 6 operowanych usunąłem ropnie przydatków obustronne, przyczem w 4 przypadkach udało się uratować części jajnika. U dwóch młodych dziewcząt trzeba było usunąć całe przydatki, ponieważ oba jajniki tworzyły ropne guzy torbielowate. Chore te wyzdrowiały bez żadnych powikłań, u jednej tylko utrzymywała się przez dłuższy czas przetoka kałowa. U chorej tej po kilkumiesięcznej wysokiej ciepłocie, dochodzącej do czterdziestu stopni, wobec braku jakiejkolwiek poprawy, a ze względu na postępujące ciągle wyniszczenie chorej, postanowiłem wykonanie zabiegu. Badanie drobnowidowe wyjętych guzów wykazało gruźlicze ich pochodzenie.

Najczęściej jednak sprawy ostre przechodzą, mimo leczenia, w stan przewlekły i przez całe miesiące i lata nękają chore. Brak widocznego polepszenia wtedy, zwłaszcza podmiotowego, po długiem, niejednokrotnie latami ciągnącem się leczeniu zachowawczem zwróciło uwagę ginekologów-operatorów na leczenie operacyjne, które z biegiem czasu zyskiwało i zyskuje coraz więcej zwolenników.

Aby wynik leczenia operacyjnego był pomyślny, muszą być przypadki odpowiednio dobrane, a wykonanie zabiegu sprawne i dobre.

Które więc z tych chorych nadają się do operacji? Oprócz wyżej opisanych ostrych przypadków, przeznaczam do zabiegu te wszystkie przewlekłe, które przebyły długie leczenie zachowawcze, a u których mimo to sprawa chorobowa powraca lub zaostrza się, lub u których leczenie nie daje żadnego wyniku. Kobiety te, same niejednokrotnie, zgłaszają się z prośbą o uwolnienie ich z cierpienia przez zabieg operacyjny. Do tego wskazania, w ostatnich zwłaszcza czasach, dołączamy jeszcze społeczne, które może nigdzie w medycynie nie wymaga tak szerokiego uwzględnienia jak w ginekologji. Jeżeli u chorych, znajdujących się w złych warunkach materjalnych, a zmuszonych pracować, powtarzać się będą nawroty choroby z bólami, gorączką, długotrwałemi krwawieniami, osłabieniem a przez to niezdolnością do pracy, to w takich razach nie będziemy myśleć o przeciąganiu leczenia zachowawczego, tak często niemożliwego do przeprowadzenia, a zwrócimy się do leczenia operacyjnego, którem po kilku tygodniach przywracamy kobiecie zdrowie i zdolność do dalszej pracy.

Zastanawiano się dużo nad tem, w którym okresie choroby, po przebyciu ostrego okresu, należy operować. Uważam, że na pytanie to nie da się zasadniczo odpowiedzieć, a sądzę, że lekarz na podstawie własnego doświadczenia musi umieć wybrać odpowiednią chwilę do zabiegu, a to dość indywidualnie, zależnie nietyle od miejscowego nasilenia choroby, ile od ogólnego stanu chorej.

Nieusprawiedliwioną, zdaniem mojem, jest obawa przed ropnem ogniskiem w przydatkach. Korzystniejsze są niezawodnie warunki zabiegu w niezakażonem otoczeniu, lecz zaznaczyć tu muszę, że nigdy nie miałem z tego powodu powikłań, jeżeli spotkałem się z ropą, która przy wypreparowywaniu guzów dostała się nawet na otrzewną. Pozostawienie drenu czy sączka gumowego przedłuża jedynie nieco czas leczenia pooperacyjnego. Trzeba jednak przy każdym przypadku operacji na przydatkach zapalnie zmienionych tę możliwość mieć w pamięci i otoczenie dobrze przed ewentualnem wylaniem się ropy zabezpieczyć. Obawa przed zrostami z tego powodu po drenowaniu czy saczkowaniu nie wytrzymuje krytyki. Zrosty powstawać muszą tak samo bez drenowania, bo przecież obrażenia otrzewnej nie są mniejsze w drugim niż w pierwszym wypadku, a o pokryciu ubytków w otrzewnej przez pociągnięcie jej z otoczenia w przeważnej ilości przypadków nie może być mowy.

Nie sądzę, aby bezwzględnie koniecznym warunkiem do wykonania zabiegu było zniknięcie wszystkich objawów ostrych i podostrych. Stany podgorączkowe, bóle uciskowe, które są właściwie objawami podostrych stanów, nie znikają czasami całemi latami i one to przecież najczęściej dają wskazania do zabiegu, który ma chorą uwolnić od tych przypadłości. Oczywistą jest rzeczą, że staramy się operować wtedy, kiedy przypuszczamy, że ogniska ropne już nie istnieją, a tylko zgrubienia i zrosty dokuczają kobiecie. Aby rozpoznanie w tym kierunku było trafne, posługujemy się badaniami dodatkowemi, z których w pierwszym rzędzie duże znaczenie przypisujemy oznaczeniu leukocytozy. Kilkakrotne jej oznaczenie w czasie obserwacji jest dla mnie w przeważnej ilości przypadków rozstrzygającym momentem, czy sprawa dojrzała już do zabiegu, czy też należy jeszcze czekać.

Podkreślam ważność znaczenia tej próby tylko wtedy, jeżeli jest dobrze i sumiennie wykonaną, przyznać jednak trzeba, że w pewnej ilości przypadków zawodzi i często, mimo niskiej leukocytozy, spotykamy ogniska ropne. Zdarza się to najczęściej wtedy, gdy ropień jest otoczony przez grubą ścianę chorego narządu. Inne próby, mające wskazywać jeszcze toczący się proces ropny względnie zjadliwość drobnoustrojów w danym przypadku nie dają lepszych wyników od oznaczania leukocytozy.

Osobiście nie przeprowadzałem u moich chorych ani próby Ruge-Philipsa, ani oznaczania opadania krwinek (Phareus'a), polecanego zwłaszcza przez Heynemanna. lecz z wyników innych autorów (Szehlo i Nielsen) trzeba wnioskować, że nie dają one dostatecznego oparcia rozpoznawczego.

[1]) Wedle wykładu wygłoszonego w sekcji ginekologicznej XIV Zjazdu Przyrodników i Lekarzy w Poznaniu.

Wykonywanie zabiegów operacyjnych w zależności od rozpoczęcia leczenia zachowawczego nie może być zgóry ściśle ustalane, jeżeli się wie, jak różnie guzy przydatkowe zapalne oddziałują na leczenie. Jedne ulegają wessaniu i nie pozostawiają śladu po kilku lub kilkunastu dniach, drugie trwają całe miesiące i lata.

Wyższości drogi brzusznej nad pochwową nie potrzebuję dowodzić. Kto operował guzy przydatkowe zapalne, ten przyzna, że tylko przy dobrym wglądzie w pole operacyjne można zabieg ten z pewnem bezpieczeństwem dla chorej wykonać, a drogą tą jest tylko szerokie otwarcie dolnej części jamy brzusznej. Są jednak zwolennicy drogi pochwowej, którzy mimo, że wyniki ich zabiegów są gorsze w porównaniu z wynikami operacji przez powłoki brzuszne, pozostają uparcie przy swoim sposobie.

Ponieważ operacje zapalnych guzów przydatków wykonuje się przeważnie u osób stosunkowo młodych, znajdujących się w pełni życia płciowego — przeto dążeniem operatora powinno być zachowanie przynajmniej części jajnika. Udaje się to w dużej stosunkowo ilości przypadków, lecz zbytnia zachowawczość nie powinna być tutaj stosowana, pozostawienie bowiem chorego jajnika, zakażonego, wywołuje nawrót choroby ze wszystkiemi dolegliwościami i objawami przedoperacyjnemi. Macicę pozostawiam z wyjątkiem przypadków podejrzanych na gruźlicę; nie widzę powodu rozszerzania i przedłużania zabiegu przez wyjmowanie organu zdrowego, tem bardziej, że jak ze zestawień autorów obcych wynika, śmiertelność pooperacyjna u tych chorych, u których usuwano macicę, była prawie podwójnie tak wielka, jak u operowanych z pozostawieniem macicy (K. Fraenkel).

Co do techniki operacyjnej, podnieść jednak należy konieczność pewnej delikatności w preparowaniu, aby uniknąć obrażeń sąsiednich narządów. Wniknięcie w odpowiednią warstwę między chorym organem a otrzewną skraca i robi łatwym zabieg, nawet w tych przypadkach, które na pierwszy rzut oka zdają się niemożliwe do zoperowania. Jednym z najtrudniejszych momentów operacji jest postanowienie, czy zamknąć jamę brzuszną na głucho, zwłaszcza wtedy, gdy znaleziono w guzie ropę, chociaż nie dostała się na otoczenie. W tych przypadkach skłaniam się raczej do założenia sączka lub drenu przez tylne sklepienie i pochwę, a jamę brzuszną zamykam na głucho. Jeżeli zaś ropa wylała się na otrzewną, wyprowadzam pojedyńczy sączek gazy jałowej przez dolny biegun rany laparotomijnej. W razie obfitszego krwawienia, zwłaszcza powierzchniowego, które nie daje się opanować, zakładam tampon Mikulicza. Wszystkie te „bezpieczniki" zostają w kilka dni, po pierwszem przeczyszczeniu usunięte.

Do ambulatorjum oddziału III. szpitala św. Łazarza w ostatnich dwóch latach t. j. od 1. VIII. 1931 do 1. VIII. 1933, zgłosiło się ogółem 8.200 chorych, w tem u 950 rozpoznawano zapalne zmiany przydatkowe i zalecono najrozmaitsze leczenie. Przyjęto 305 chorych na oddział celem obserwacji i rozstrzygnięcia co do dalszego kierunku leczenia. Po dokładnem przebadaniu i zwykle kilkudniowej obserwacji 182 kobiet, co wynosi prawie 2/3 przyjętych z tem cierpieniem, przeznaczono do zabiegu operacyjnego, który następnie wykonano. Do liczby operowanych w szpitalu św. Łazarza wliczam jeszcze 16 chorych, operowanych przeze mnie prywatnie i na klinice U. J. podczas mojego kierownictwa. Opieram się więc ogółem na 198 operowanych przypadkach zapalnych zmian przydatków macicznych w ostrym i przewlekłym okresie choroby.

Jak już na wstępie wspomniałem, w ostrym okresie choroby było operowanych tylko 6 kobiet, a reszta t. j. 192 po przebyciu ostrych objawów, lub po mniej lub więcej długotrwałem, czasami i lata trwającem leczeniu zachowawczem. Z tych ostatnich wspomnieć muszę o chorej, u której po dwóch latach beznadziejnego leczenia wytworzyła się przetoka przydatkowo-pęcherzowa, a która po usunięciu guzów przydatków prawych i lewego jajowodu została w krótkim czasie wyleczona zupełnie. Nie będę wyszczególniał liczbowo, ile razy zamykano jamę brzuszną na głucho, w ilu przypadkach setonowano dołem przez pochwę, a w ilu przez powłoki, ominę także liczbowy wykaz usunięcia jednych lub obu przydatków, bo to nie ma dla samego zagadnienia najmniejszego znaczenia.

Śmiertelność pooperacyjna w moim materjale odpowiada zestawieniu podanemu przez Ch. Martin'a, Heynemanna i i. Na 198 operowanych, straciłem 3 chore. co daje 1.5% śmiertelności ogólnej. Jedna chora zmarła w 18 dniu nagle, wśród objawów zatoru przy zupełnie dobrym poprzednio stanie. U drugiej, operowanej wśród objawów ostrego zapalenia otrzewnej miednicy małej, znaleziono ropień okołokątniczy i przebicie wyrostka robaczkowego, jakoteż guz ropny przydatków prawych, który powstał najprawdopodobniej jako następstwo zapalenia wyrostka robaczkowego. Chora ta zmarła wśród objawów ogólnego zapalenia otrzewnej na trzeci dzień po zabiegu operacyjnym. Trzecią chorą straciliśmy po wyjęciu guzów przydatkowych, z których ciecz podczas zabiegu wylała się na otrzewną miednicy małej. Mimo sączkowania przez powłoki i przez pochwę, chora zmarła na piąty dzień. Sekcja wykazała ropne zapalenie otrzewnej z ostrym obrzękiem śledziony i ogniskowe zapalenie płuc.

Jak z tego objaśnienia wynika, to właściwie tylko ta ostatnia chora zginęła wskutek zabiegu na przydatkach. Dwie wskutek powikłań, pierwsza późnych pooperacyjnych, druga zaś już przed operacją istniejących i w rzeczywistości do tego zestawienia nienależących. Nie oczyszczając zupełnie zestawienia podaję je ściśle i prawdziwie, wykazując jak korzystne wyniki daje zabieg operacyjny w porównaniu do zabiegów brzusznych np. usunięcie mięśniaków czy torbieli.

O wynikach zupełnego wyleczenia nie mogę jeszcze obecnie podać wyczerpującego sprawozdania. Materjał mój sięga bowiem dopiero dwa lata wstecz i jakkolwiek bardzo duży odsetek operowanych zgłasza się do przeglądu i prawie bez wyjątku nie skarży się na żadne dolegliwości, to jednak, mimo dobrego również stanu przedmiotowego, dla ostatecznego, liczbowego przedstawienia wyników pooperacyjnych konieczny jest dłuższy okres czasu. (Sprawa ta zostanie w przyszłości uzupełniona i ogłoszona).

Obecnie na podstawie materjału dość znacznego, bo dwieście przypadków liczącego, wyciągam następujące wnioski:

1) Ostre zmiany zapalne przydatków macicznych bez guzów powinny być leczone objawowo; jeżeli wytworzą się guzy ropne, a te grożą ogólnem zakażeniem, przebiciem, lub innem groźnem powikłaniem, to należy je bezwzględnie operować. (Starać się wtedy należy, jeśli to jest możliwe, pozostawić choćby część jajnika u młodych kobiet). Obawa przed zakażeniem otrzewnej przy dobrej technice i odpowiedniem sączkowaniu jest nieusprawiedliwiona.

2) Zapalne guzy przydatkowe maciczne, w przewlekłym okresie choroby, po długich próbach leczenia zachowawczego, a nawet bez niego u kobiet, które się temu leczeniu nie mogą poddać, należy również operować.

3) Drogą do tego prowadzącą jest jedynie zabieg przez powłoki brzuszne, a zasiąg operacyjny musi być indywidualizowany. Usuwanie macicy wydaje mi się zbyteczne, z wyjątkiem przypadków podejrzanych o gruźlicę.

---

## DONIESIENIA TYMCZASOWE.

Doc. Dr. Eugenjusz BRZEZICKI. Kraków.

### Rodzaj unaczynienia striopallidum i jego znaczenie dla powstawania udaru mózgowego.

Z Kliniki neurol.-psych. U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. St. K. Pieńkowski.

W szeregu prac nad krwotokiem mózgowym zwróciłem uwagę na istniejący, mojem zdaniem, związek między więzią ustroju a możliwością powstania krwotoku mózgowego. Następnie zwróciłem także uwagę na pochodzenie krwotoku, badając w jaki sposób krwotok mózgowy powstaje. Zwróciłem dalej uwagę na miejsce powstania krwotoku mózgowego, względnie na niezmiernie ciekawe zagadnienie, dlaczego właśnie krwotok mózgowy usadawia się częściej w pewnych odcinkach mózgu.

Pierwszą część tego zagadnienia ująłem w opracowaniu p. t.: „Więź ustroju i krwotok". Z badań tych wynika, że hipertensja pierwotna, właściwa, jest częstszą u żydów niż aryjczyków, częstsza u pikników, niż u innych grup konstytucjonalnych, dalej częstszą u ludzi pracujących umysłowo niż fizycznie. Pierwotną arterjosklerozę natomiast częściej spotyka się u asteników. Udary mózgowe częściej występują u hipertoników, częściej u ludzi pracujących umysłowo, niż fizycznie, częściej u żydów, niż u aryjczyków, częściej u ciemnowłosych, niż jasnowłosych. Pora roku gra pewną rolę, gdyż udary występują najczęściej na wiosnę lub jesień, przy niskim stanie barometru, nad ranem w okresie tonizacji systemu sympatycznego, najczęściej po wybrykach *in baccho et venere*.

W myśl tego założenia dalsze prace opierały się na badaniach pracownianych. Z tych badań wynika, że przyczyna udaru leży albo 1) w pęknięciu naczynia, co zdarza się stosunkowo dość rzadko. (Zagadnienie jako wyjaśnione niewiele nas zajmowało), albo 2) przyczyna krwotoku leżała w bardzo licznych prosówkowych krwotoczkach okołonaczyniowych, względnie okołokapilarnych powstających *per diapedesin* i zlewających się w jedno większe ognisko. Są to t. zw. krwotoki czynnościowe. Ta postać

krwotoku jest najczęściej spotykaną i dlatego najbardziej zaciekawiającą. Dalsze badania pozwalają przypuszczać, że te krwotoki czynnościowe powodowane są swoistem uczuleniem drzewka naczyniowego, polegającem na wzmożonej kurczliwości naczyń danego odcinka mózgu. Krwotok czynnościowy mózgu byłby zatem końcowem następstwem nerwicy naczynioruchowej danego odcinka naczynia mózgowego.

Pozostało do wyjaśnienia jeszcze jedno ciekawe pytanie, a mianowicie, dlaczego najczęściej tylko pewne części mózgu są nawiedzane przez krwotoki. Na to zapytanie staram się odpowiedzieć w obecnie przeprowadzonych badaniach, uwieńczonych wynikiem. Badania te będą ogłoszone w całej rozciągłości po ich ukończeniu w czasopiśmie neurologicznym. Zanim to nastąpi — chciałbym donieść o kilku następujących uwagach:

Otóż moje dotychczasowe badania nad krwotokami mózgu i nad zmianami wywołanemi zatruciem tlenkiem węgla mózgu, pozwalają na przypuszczenie, że powyższe uszkodzenia zależą od rodzaju i sposobu unaczynienia danej okolicy mózgu, a więc od wazo- i kapilaroarchitektoniki danej części. W związku z temi pracami przeprowadziłem badania nad unaczynieniem jąder podkorowych, które tak przy krwotokach mózgowych, jak i przy zatruciach tlenkiem węgla są właśnie tem *locus minoris resistentiae*. Mimo że badania nad unaczynieniem jąder podkorowych były już często przeprowadzane, to jednak zdania badaczy, co do zakresu i zasięgu unaczynienia przez poszczególne naczynia są jeszcze sporne, kapilaroarchitektonika jąder podkorowych natomiast jest dziedziną jeszcze wogóle prawie nieznaną.

Badania nad wazoarchitektoniką jąder podkorowych przeprowadziliśmy na 10 mózgach, nastrzykując w każdej połowie mózgu poszczególne nas zajmujące tętnice związkami różnie zabarwionemi. Ponieważ każda połowa mózgu była osobno nastrzykana, przeto powstało w ten sposób 20 badanych jednostek. Badania nasze wykazały wbrew twierdzeniu S c h w a r t z'a, że *capsula interna* zawsze jest unaczyniona przez te same tętniczki striolentikularne, co i okoliczna tkanka *striopallidum*. Najczęściej przednia część *capsula interna* była unaczynioną pośrednio przez *art. cerebri anterior*, środkowa i tylna przez *arteria cerebri media*. Przednia część głowy *striopallidum* jest najczęściej unaczyniona przez *art. cerebri anterior*, choć zdarza się, że tylko dolna jej połowa unaczyniona jest przez *art. cerebri anterior*, górna zaś przez *art. cerebri media*. Zdarza się również, że przednia część *putamen* i jedna trzecia przednia część *pallidum* unaczyniona jest *równocześnie* przez pochodne *art. cerebri anterior et media*, co tworzy rodzaj zabezpieczenia przed powstaniem martwic i krwotoków zakrzepowych, spowodowanych zamknięciem światła jednej z obu tych tętnic. W takich mózgach, o ile przyszłoby do zatrucia CO, martwica zjawia się rzadko. Środkowa część jąder podkorowych unaczyniona jest zwykle przez *art. cerebri media*. Unaczynienie obu stron jąder podkorowych najczęściej jest asymetryczne. Naczynia striolentikularne odchodzące od *art. cerebri anterior et media*, zbiegają się w *substantia perforata anterior* w wąskiej linji prostopadłej do osi podłużnej mózgu i rozbiegają się natychmiast w głębi mózgu, tworząc coś nakształt związanego snopu. W głębi mózgu rozchodzą się wachlarzowato do przodu i do tyłu tworząc podstawę wachlarza i jego część prostopadłą nad *substantia perforata anterior*, a więc w środkowej części *striatum*, które najczęściej podlega krwotokom. Naczynia striolentikularne są w swojej budowie podobne do drzewek kosodrzewiny z licznemi pętlami i sękami. Kapilary striopalidarne mają swoją bardzo charakterystyczną sękatą budowę. W szczególności kapilary *pallidum* mają charakter prymitywny (archikapilary). Są one najgęstsze w *striatum*, rzadsze w *thalamus*, bardzo rzadkie w *pallidum*, niezwykle rzadkie w *capsula interna*. Krwotoki czynnościowe natomiast są częste w *striatum*, rzadsze w *thalamus*, bardzo rzadkie w *pallidum*, niezwykle rzadkie w *capsula interna*. Ten stan rzeczy ma ważne znaczenie dla *restitutio ad integrum* skutków udaru, a więc dla porażenia połowiczego ciała. Tłumaczy się to w ten sposób, że włókna *capsula interna* są najczęściej tylko uciśnięte, a nie zniszczone przez krwotok leżący w obok położonem *striatum*. Tem też się tłumaczy stosunkowo wielki odsetek poprawy ruchów porażonych połowiczo, względnie nawet zupełny ich powrót do stanu prawidłowego. Czynnościowy krwotok, który najczęściej powstaje w *striatum*, zależy zatem: 1) od hydrostatycznych czynników panujących w naczyniu (gdyż najczęściej zjawia się w okolicach naczyń odchodzących prostopadle od gałązki głównej) i od: 2) gęstości kapilar danej jednostki topograficznej (gdyż im gęstsza siatka kapilarna, tem częściej może powstać krwotok czynnościowy). Mała ilość naczyń włosowatych w białej istocie mózgu np. w *capsula interna* i jej dość elastyczne włókna są zwykle silną przeszkodą do rozprzestrzeniania się krwotoków i dlatego krwotok zwłaszcza czynnościowy powstały, jak to zwykle bywa, w szarej istocie jąder podkorowych, kończy się często ostro, na granicy *striatum-pallidum*, *striatum-capsula interna*, o ile nie jest bardzo gwałtowny.

Wkońcu badania nasze pozwalają powątpiewać w twierdzenie, że naczynia striolentikularne, zwłaszcza w *thalamus*, należy uważać za naczynia końcowe.

---

## PRACE ORYGINALNE.

Władysław ELMER. Lwów.

### Obciążenie jodem jako próba czynnościowa niedomogi tarczycy.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Marjan F r a n k e.

Dotychczasowe próby dla wykazania stanu czynności tarczycy nie są zupełnie swoiste. Chcąc wypracować swoistą próbę czynnościową tarczycy, oparliśmy się o przemianę jodową, jako ściśle związaną z czynnością tarczycy. Już badania V e i l a i S t u r m a (1) i innych, które wykazały wzrost jodu całkowitego w hipertyreozach, zaś obniżenie jego w hipotyreozach, dają pewną podstawę dla otrzymania obrazu czynnościowego tarczycy. Szczególnie, jeżeli połączyć badanie jodu we krwi z oznaczeniem przemiany spoczynkowej, otrzymuje się jeszcze pewniejszy obraz stanu tarczycy. Niemniej jednak wspólnie ze S c h e p s e m (2) wykazaliśmy, że, o ile stwierdzenie wzrostu obu wartości dowodzi niewątpliwie nadczynności tarczycy, a prawidłowy poziom jodu we krwi (badany w okresie nieleczniczym) przemawia przeciw hipertyreozie, to odnośne badania dla wykrywania niedomogi tarczycy zawodzą zupełnie. W szczególności w postaciach poronnych hipotyreoz, o które nam najwięcej chodzi, zarówno badanie kliniczne jak i oznaczenie przemiany spoczynkowej oraz jodu we krwi nie dają nam dostatecznej podstawy dla rozpoznania tych stanów. Wiadomo, że obraz kliniczny w postaciach poronnych może być tak wielopostaciowy, a zarazem tak zupełnie nietypowy, że może z łatwością skierować rozpoznanie klinicysty w zupełnie fałszywym kierunku. Badanie przemiany spoczynkowej, jakkolwiek cenne, może zawieść z różnych względów. Przedewszystkiem przemiana spoczynkowa wykazuje niejednokrotnie w postaciach poronnych wartości prawidłowe, bliskie dolnej granicy normy. To zamaskowanie obniżenia przemiany spoczynkowej może najłatwiej zaznacza się w tych przypadkach postaci poronnych, którym towarzyszą zaburzenia ze strony innych gruczołów wewnątrzwydzielniczych, mogących działać wyrównawczo na przemianę spoczynkową. A jeżeli nawet w innych przypadkach postaci poronnych wartości przemiany spoczynkowej są wybitnie obniżone, to niewiadomo, czy należy je odnieść do niedomogi tarczycy, czy może innych gruczołów (przedni płat przysadki, gruczoły płciowe, nadnercza i t. d.).

Badanie zaś poziomu jodu całkowitego we krwi, jakkolwiek wzbogaciło nasze środki rozpoznawcze, to jednak budzi poważne zastrzeżenia w wykrywaniu hipotyreozy. Przedewszystkiem w postaciach poronnych hipotyreoz poziom jodu we krwi może być prawidłowy, jak to przekonaliśmy się zgodnie z wynikami T u r n e r a i M a t t e w s'a (3). Pozatem należy podnieść trudności techniczne wykrywania nieznacznego obniżenia jodu we krwi w hipotyreozach. Jeżeli przyjąć 8 $\gamma$% jodu jako dolną granicę prawidłowego poziomu jodu we krwi i zarazem wziąć pod uwagę, że najniższy poziom jodu, jaki spostrzegano w hipotyreozach, wynosi 3 $\gamma$% (w jednym przypadku V e i l i S t u r m a), to widzimy, że skala wahań jodu we krwi wynosi w hipotyreozach 3 do 8 $\gamma$%. To znaczy, że tak nieznaczne obniżenie jodu, jak np. do 7 $\gamma$ czy 6 $\gamma$%, miałoby być tą dostateczną podstawą stwierdzenia hipojodemji, a więc związanej z nią obniżonej czynności tarczycy. Owóż żadna z dotychczasowych mikrometod oznaczenia jodu we krwi nie pozwala na ścisłe wykrywanie tak minimalnych różnic, które muszą przynajmniej jak dotąd, pozostawać w granicach technicznego błędu oznaczenia.

Z powyższych względów skłoniliśmy się oprzeć rozpoznanie niedomogi tarczyc nie na badaniu poziomu jodu we krwi, ale na bardziej czułym wskaźniku, mianowicie na spostrzeganiu zachowania się krzywej jodu we krwi i w moczu po obciążeniu ustroju pewną ilością jodu nieorganicznego.

Jak już poprzednie nasze badania wykazały (4, 5, 6), w przeciwieństwie zresztą do wyników badań de Q u e r v a i n'a i S m i t h'a (7), S t u r m a(8) oraz M a u r e r a i D u c r u e'a (9), krzywa jodu we krwi po obciążeniu ustroju jodem nieorganicznym

w hipotyreozie utrzymuje się dłużej i na wyższym poziomie, niż w eutyreozie. Natomiast w hipertyreozie krzywa jodu we krwi zachowuje się biegunowo przeciwnie, a mianowicie utrzymuje się znacznie krócej na wzmożonym poziomie, przyczem jod całkowity, w szczególności frakcja organiczna opada już w ciągu 24 godzin poniżej poziomu wyjściowego.

Jakkolwiek powyższa metoda badania jest charakterystyczna dla wykrywania niedomogi tarczycy, to z uwagi jednak na 2—3-krotne pobieranie krwi mniej nadaje się dla celów klinicznych. Dla wykrywania hipertyreozy metoda ta nie jest potrzebna z uwagi na to, że już samo równoczesne oznaczenie poziomu jodu we krwi na czczo i przemiany spoczynkowej jest zupełnie wystarczające.

Daleko prostszem i wygodniejszem zarówno dla chorego jak i dla lekarza jest badanie wydzielania jodu moczem po obciążeniu ustroju jodem. Wyniki badań wykonanych w tym kierunku przez Sturma, de Quervain'a i Smith'a, Courth'a (10) oraz Schittenhelma, i Eislera (11) są wybitnie sprzeczne. Z badań Sturma przeprowadzonych na psach, pozbawionych tarczycy, wynika, że wydzielanie jodu moczem, po obciążeniu doustnem jodem nieorganicznym (0.5 g KJ = 370.000 $\gamma$ J), nie odbiega zasadniczo od krzywej wydzielniczej psa normalnego, przyczem autor podnosi jako jedyną różnicę od stanu normalnego tylko mniej jednostajne wydzielanie jodu moczem po obciążeniu. Badania zaś Courth'a przeprowadzone u kóz, pozbawionych tarczycy, po obciążeniu doustnem jodem nieorganicznym (10.000 $\gamma$ J) wykazały natomiast szybsze i zwiększone wydzielanie jodu aniżeli u zwierząt kontrolnych. Doświadczenia te zgadzają się z wynikami badań de Quervain'a i Smith'a u ludzi, a mianowicie u kretynów po obciążeniu jodem nieorganicznym (0.5 — 1 g KJ doustnie). Natomiast Schittenhelm i Eisler stwierdzili po obciążeniu doustnem jodem nieorganicznym (894 $\gamma$) w obrzęku śluzowatym nie zwiększone, ale przeciwnie dwukrotnie nawet zmniejszone wydzielanie jodu moczem. Na podstawie tego badania, przeprowadzonego zresztą tylko na jednym przypadku, twierdzą oni, że w hipotyreotycznej niedomodze przemiana jodowa nie jest zaburzona.

Ażeby sobie tedy móc wyrobić ścisły obraz wydzielania jodu moczem w niedomodze tarczycy, przeprowadziliśmy badania nasze na większym materjale chorych. W przeciwieństwie do większości poprzednich autorów stosowaliśmy jednorazowo jod nieorganiczny umyślnie w dawkach małych, około 1300 $\gamma$ J jako KJ (co odpowiada zawartości jodu w 2 mg tyroksyny), albowiem jak już wykazaliśmy w jednej z naszych prac, wydzielanie odsetkowe jodu jest właśnie zależne od wysokości dawki jodu stosowanego, przyczem podkreślamy, że małe dawki, zbliżone raczej do fizjologicznych, działają odmiennie aniżeli dawki wielkie jak np. 0.5 g KJ, wynoszące zatem kilkaset tysięcy $\gamma$ jodu. W przeciwieństwie do poprzednich autorów stosowaliśmy jod dożylnie, a nie doustnie, chcąc w ten sposób uniknąć niedokładności w ocenie wydzielania jodu, które po obciążeniu doustnem może się zmiennie zachowywać zależnie od stanu przewodu pokarmowego.

*Technika badania.* Wszystkie odczynniki i naczynia mają być możliwie odjodzone. Sposób odjodzenia wedle sposobu Fellenberga i Reith'a podano w Pol. Arch. Med. Wewn. (16).

*Sporządzenie roztworu jodu nieorganicznego.* Sproszkowany jodek potasu wysusza się w suszarce przy temperaturze 110° i ewentualnie jeszcze potem przez godzinę w eksykatorze nad $CaCl_2$, poczem odważa się bardzo dokładnie 0.658 g KJ i rozpuszcza w 500 cm³ wody odjodzonej. Roztwór ten zawiera w 1 cm³ 1000 $\gamma$ J. Po wyjałowieniu przechowujemy roztwór w ilości 1.3 cm³ (1300 $\gamma$) w ciemnych ampułkach.

*Wstrzykiwanie jodu i zbieranie jego w moczu.* Po odkażeniu skóry alkoholem odjodzonym wstrzykuje się dożylnie zawartość ampułki i poleca się choremu przez 6 godzin popijanie, co 1—2 godz., szklanki wody. Popijanie wody nie wpływa na wzmożenie wydzielania jodu (Fellenberg (12), natomiast ułatwia moczenie, które często w hipotyreozach może być niedostateczne. Rozwodnienie moczu posiada tę jeszcze zaletę, że dzięki odsetkowemu zmniejszeniu się części organicznych moczu spalenie ich jest szybsze i może odbyć się przy niższej temperaturze, przez co utrata jodu jest znacznie mniejsza, a badanie bardziej dokładne. Mocz należy zbierać w ciągu pierwszych 6 godzin po wlaniu dożylnem jodu, albowiem w tym okresie wydzielanie jodu jest najbardziej stałe i najwybitniejsze, a zarazem najbardziej charakterystyczne dla stanu czynnościowego tarczycy. Wykazaliśmy bowiem w poprzednich pracach, że odsetkowe wydzielanie jodu w ciągu całej doby może niekiedy niewiele się różnić od siebie w przypadkach hipo- i eutyreotycznych, zaś bardzo wybitne różnice ujawniają się tylko w pierwszych 6 godz. po wlaniu. Tem — być może — się tłumaczy, dlaczego Sturm, badając u zwierząt pozbawionych tarczycy wydzielanie jodu w moczu dobowym a nie w pierwszych godzinach po obciążeniu, nie znalazł różnicy między hipo- a eutyreozą.

*Oznaczenie.* Wykonuje się je wedle metody podanej przez nas w Pol. Arch. Med. Wewnętrznej (16) z niżej podaną modyfikacją: Do 10 — 20 cm³ moczu dodaje się w miseczce niklowej 1—1.5 cm³ 50% $K_2CO_3$, odparowuje się na łaźni wodnej, wysusza w suszarce lub ostrożnie nad wolnym płomieniem i spala się w piecu elektrycznym przy dostępie powietrza lub tlenu przez 10—15 minut przy temp. około 350°. Po wyjęciu miseczki z pieca i ochłodzeniu jej, do osadu dodaje się kilka cm³ wody, mięszaninę tę rozciera się tłuczkiem agatowym i sączy się przez zwykły sączek z bibuły; przesącz powinien być jasny lub conajwyżej lekko żółtawy. Pozostałość na sączku wraz z nim spala się w miseczce niklowej w piecu elektrycznym przy temp. 350°, poczem wlewa się do niej przesącz, odparowuje go na łaźni wodnej, osusza i spala ponownie w piecu elektrycznym przez 10 minut przy temp. 350°. Po spaleniu osad powinien być biały. Modyfikacja ta znacznie upraszcza i przyśpiesza oznaczenie. Dalej postępuje się jak w ogłoszonej metodzie.

Badania nasze przeprowadziliśmy w 54 przypadkach różnych schorzeń z prawidłową lub zaburzoną czynnością tarczycy. Przypadki nasze podzieliśmy na następujące grupy:

I. Przypadki eutyreotyczne.
II. Przypadki hipotyreotyczne.
III. Przypadki hipertyreotyczne.
IV. Przypadki wola zwyczajnego.

*I. grupa. — Przypadki eutyreotyczne.*

| L. p. | Płeć | Wiek | Rozpoznanie | Wydz. jod. mocz. w $\gamma$ po 1300 $\gamma$ J. dożylnie | Odsetek wydziel. jodu moczem | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a) przypadki eutyreotyczne z normojodemją 8—18 $\gamma$ % i z prawidłową przemianą spoczynkową — 10 — + 10%. | | | | | | |
| 1. | k. | 30 | *Neurosis vegetativa.* | 248 | 18 | |
| 2. | k. | 10 | *Diabetes insipidus.* | 232 | 17 | |
| 3. | m. | 37 | *Ischias.* | 198 | 14.5 | |
| 4. | m. | 21 | *Nihil.* | 248 | 17.6 | |
| 5. | k. | 39 | *Ca. uteri non oper.* | 274 | 20 | |
| 6. | k. | 47 | *Myomata uteri.* | 222 | 16 | |
| 7. | k. | 30 | *Obesitas.* | 157 | 12 | |
| 8. | m. | 63 | *Neurastenia.* | 258 | 19.8 | |
| 9. | m. | 38 | *Tbc. genu.* | 187 | 12.8 | |
| 10. | k. | 41 | *Ca. uteri operabile.* | 275 | 20 | |
| 11. | k. | 30 | Niedrożność jajowodów. | 280 | 20.5 | |
| b) przypadki eutyreotyczne z obniżoną przemianą spoczynkową (— 12 do — 32%) i z normojodemją (9—18 $\gamma$ J.). | | | | | | |
| 12. | m. | 15 | Niedorozwój przysadkowy. | 178 | 13 | |
| 13. | m. | 28 | *Neurosis vegetativa.* | 210 | 15 | |
| 14. | k. | 37 | „ | 253 | 19.7 | |
| 15. | k. | 54 | *Ins. ovar.; arthritis chr.* | 184 | 13.4 | |
| 16. | k. | 36 | *Ins. plurigl. Addison (?)* | 212 | 15.8 | |
| 17. | k. | 29 | *Neurosis cordis, tachycardia.* | 253 | 19.1 | |
| 18. | k. | 18 | *Dystr. adip. gen.; tumor hypoph.* | 153 | 11.7 | |
| 19. | k. | 33 | *Psychosis. Mania depressiva.* | 259 | 19.1 | |

W grupie tej zebrano 19 różnych przypadków, które klinicznie nie wykazywały zaburzeń czynności tarczycy. W tych przypadkach wydzielanie odsetkowe w ciągu 6 godzin jodu moczem (po wlaniu dożylnem 1300 $\gamma$ J) waha się pomiędzy 11.7 a 20.5%. Należy zaznaczyć, że nie stwierdziliśmy żadnych różnic w wydzielaniu jodu pomiędzy przypadkami z prawidłową lub obniżoną przemianą spoczynkową.

We wszystkich 16 przyp. (II. gr.) z klinicznym obrazem hipotyreozy 6-godzinne wydzielanie jodu moczem jest po wlaniu dożylnem 1300 $\gamma$ J wybitnie wzmożone, wahając się pomiędzy 23 a 40%. Stopień wzmożenia wydzielania jodu nie idzie zawsze w parze ze stopniem obniżenia przemiany spoczynkowej. Nie możemy stwierdzić wybitniejszych różnic pomiędzy wydzielaniem jodu moczem w przypadkach typowej i poronnej postaci hipotyreoz. Na szczególną uwagę zasługuje przypadek 36, który klinicznie przedstawiał się jako schorzenie wielogruczołowe i wykazywał jod we krwi, jakoteż przemianę spoczynkową na dolnej granicy prawidłowej. Pomimo zamaskowania obniżenia przemiany spo-

czynkowej, mogącego być wynikiem wyrównawczego działania innych gruczołów, możemy dzięki dodatniej próbie z obciążeniem jodowem rozpoznać niedomogę hipotyreotyczną.

*II. grupa. — Przypadki hipotyreotyczne.*

a) przypadki hipotyreotyczne z obniżoną przemianą spoczynkową (—34 do —59%) i z hipojodemją (4 do 6 $\gamma$ %).

| L. p. | Płeć | Wiek | Rozpoznanie | Wydz. jod. mocz. w $\gamma$ po 1300 $\gamma$ J. dożylnie | Odsetek wydziel. jodu moczem | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 20. | k. | 62 | *Myxoedema.* | 353 | 27 | |
| 21. | m. | 43 | „ | 328 | 24.4 | |
| 22. | k. | 35 | „ | 532 | 40.1 | |
| 23. | k. | 52 | „ | 394 | 27 | |
| 24. | m. | 62 | „ | 328 | 25 | |
| 25. | m. | 4 | *Cretinismus.* | 389 | 30 | Obniżenie p. s. nie dało się ściśle stwierdzić wskutek nieumiejętnego oddychania |

b) przypadki hipotyreotyczne z obniżoną przemianą spoczynkową (—22 do —38%) i z poziomem jodu między 7 a 9 $\gamma$ % J.

| L. p. | Płeć | Wiek | Rozpoznanie | Wydz. jod. mocz. w $\gamma$ po 1300 $\gamma$ J. dożylnie | Odsetek wydziel. jodu moczem | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 26. | m. | 33 | *Forme fruste, Ekzema gen.* | 420 | 32.3 | |
| 27. | k. | 56 | *Forme fruste, Arthropatia gen. endocrina.* | 427 | 32 | |
| 28. | k. | 53 | *Forme fruste, Anaemia gravis.* | 360 | 27 | |
| 29. | k. | 56 | *Forme fruste, Arthropatia gen. endocrina.* | 302 | 23.2 | |
| 30. | m. | 33 | *Forme fruste. Anaemia* | 426 | 32.7 | |
| 31. | m. | 42 | *Forme fruste. Obesitas.* | 412 | 31 | |
| 32. | k. | 48 | *Forme fruste, Climacterium.* | 334 | 25.7 | |
| 33. | k. | 28 | *Forme fruste. Peribronchitis chr.* | 333 | 25.6 | |
| 34. | k. | 49 | *Forme fruste. Struma resid. p. strumect.* | 379 | 29.2 | |
| 35. | m. | 42 | *Forme fruste. Neurosis cordis.* | 316 | 23 | |
| 36. | k. | 33 | *Ins. plurigl. Amenorrh.* | 333 | 26 | P. s. — 10%, jod we krwi 9 $\gamma$ %. |

*III. grupa. — Przypadki hipertyreotyczne z hiperjodemją i z powiększoną przemianą spoczynkową.*

a) przypadki cięższe: z przemianą spoczynkową od + 40% do + 100% i z jodem we krwi od 25 do 64 $\gamma$ %.

| L. p. | Płeć | Wiek | Rozpoznanie | Wydz. jod. mocz. w $\gamma$ po 1300 $\gamma$ J. dożylnie | Odsetek wydziel. jodu moczem | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 37. | k. | 22 | *M. Basedowii* | 34 | 0.8 | |
| 38. | k. | 38 | „ | 108 | 7.2 | |
| 39. | m. | 28 | „ | 348 | 24 | Chory zażywał przez dłuższy czas po 200 mg dwujodotyrozyny dziennie. Zażywanie ukończono przed 3 tygodniami |
| 40. | m. | 44 | „ | 402 | 29 | Chory przed kilku tygodn. przerwał leczenie płynem Lugola |

b) przypadki lżejsze z przemianą spoczynkową od + 18% do + 50% i z hiperjodemją od 20 do 36 $\gamma$ %.

| L. p. | Płeć | Wiek | Rozpoznanie | Wydz. jod. mocz. w $\gamma$ po 1300 $\gamma$ J. dożylnie | Odsetek wydziel. jodu moczem | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 41. | k. | 51 | *M. Basedowii.* | 292 | 21 | |
| 42. | k. | 36 | „ | 249 | 18 | |
| 43. | k. | 29 | „ | 190 | 14 | |
| 44. | m. | 30 | „ | 351 | 24 | Zażywanie płynu Lugola chory ukończył przed kilku tygodn |
| 45. | m. | 10 | „ | 196 | 14 | |
| 46. | k. | 40 | *Hyperthyreosis, sclerodermia.* | 252 | 19 | |

W III. grupie zebrano przypadki z klinicznemi objawami hipertyreozy. W przypadkach cięższych odsetek wydzielonego jodu moczem przez 6 godzin jest obniżony (0.8 do 7.2%), o ile niestosowano przedtem jodu w jakiejkolwiek postaci. W przypadkach lżejszych, również nieleczonych jodem, odsetek wydzielonego jodu moczem waha się w granicach prawidłowych (od 14 do 21%). W przypadkach zaś czyto cięższych czyto lżejszych, leczonych jodem, odsetek wydzielonego przez 6 godzin jodu moczem jest wzmożony (od 24 do 29%). Również S t u r m (13) zwrócił uwagę, że po pierwszem obciążeniu jodem w przypadkach choroby Basedowa odsetek wydzielonego jodu moczem jest mniejszy, aniżeli w eutyreozie, a zwiększa się po wielokrotnem stosowaniu jodu. Widocznie ustrój hipertyreotyczny zostaje uczulony przez wielokrotne stosowanie jodu i oddziaływuje bardziej wzmożonem wyrzucaniem jodu, aniżeli w eutyreozie.

Naogół tedy można powiedzieć, że w przypadkach hipertyreotycznych, w których poprzednio nie stosowano jodu, odsetek wydzielonego jodu jest bądźto zmniejszony, bądź też prawidłowy, w przypadkach zaś leczonych jodem 6-godzinne wydzielanie jodu moczem może być wzmożone.

*IV. grupa. — Przypadki wola zwyczajnego z prawidłową albo obniżoną przemianą spoczynkową i z normojodemją.*

a) przypadki wola zwyczajnego z normojodemją (8—14 $\gamma$ %) i z prawidłową przemianą spoczynkową (—10 do + 10%).

| L. p. | Płeć | Wiek | Rozpoznanie | Wydz. jod. mocz. w $\gamma$ po 1300 $\gamma$ J. dożylnie | Odsetek wydziel. jodu moczem | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 47. | m. | 17 | *Struma simpl. diff.* | 146 | 11.2 | |
| 48. | k. | 24 | „ | 170 | 12.4 | |
| 49. | k. | 45 | „ | 100 | 7.1 | |
| 50. | m. | 50 | „ | 95 | 7 | |
| 51. | k. | 56 | *Struma simpl. nodosa.* | 54 | 4 | |
| 52. | k. | 48 | *Struma resid. post strumect.* | 175 | 13.6 | |

b) przypadki wola zwyczajnego z normojodemją (8.5 do 10 $\gamma$ %) i z obniżoną przemianą spoczynkową (od —12 do —27%).

| L. p. | Płeć | Wiek | Rozpoznanie | Wydz. jod. mocz. w $\gamma$ po 1300 $\gamma$ J. dożylnie | Odsetek wydziel. jodu moczem | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. | k. | 20 | *Struma simpl. diff.* | 45 | 3.4 | |
| 54. | m. | 26 | „ | 77 | 5.5 | |
| 55. | m. | 25 | *Struma simpl. nodosa.* | 246 | 18.6 | |

We wszystkich 9 przypadkach wola zwyczajnego odsetek przez 6 godzin wydzielonego jodu jest bądź zmniejszony (od 3.4 do 11%), podobnie jak w niektórych przypadkach hipertyreoz, bądź też prawidłowy (od 12.4 do 18.6%). W żadnym przypadku, nawet ze znaczniejszem obniżeniem przemiany spoczynkowej, wydzielanie jodu nie było wzmożone. Należy zauważyć, że nie stwierdziliśmy jakiejś łączności pomiędzy postacią i wielkością wola a charakterem wydzielania jodu moczem po obciążeniu.

Na podstawie badań przeprowadzonych w 55 naszych przypadkach możemy powiedzieć, że wydzielanie jodu moczem po obciążeniu dożylnem ilością 1300 $\gamma$ jodu nieorganicznego przedstawia się wybitnie odmiennie w przypadkach hipotyreotycznych, aniżeli w przypadkach eutyreotycznych, hipertyreotycznych i przypadkach wola zwyczajnego. Mianowicie w przypadkach hipotyreotycznych próba z obciążeniem jodowem wypada stale dodatnio t. j. 6-godzinne wydzielanie jodu moczem jest wybitnie zwiększone, wynosząc 23 do 40% jodu wlanego, podczas gdy we wszystkich innych przypadkach przez nas badanych z normalną i patologicznie zmienioną tarczycą próba ta wypada stale ujemnie, t. j. odsetek jodu wydzielonego jest bądźto prawidłowy, jak w eutyreozach lub w niektórych hipertyreozach czy też w niektórych przypadkach wola zwyczajnego, bądźto zmniejszony, jak w niektórych przypadkach hipertyreoz czy też wola zwyczajnego. Próba ta może wypaść dodatnio w niektórych hipertyreozach, o ile stosowano w nich poprzednio jod w jakiejkolwiek postaci. Fakt ten nie zmniejsza bynajmniej wartości próby dla wykrycia niedomogi tarczycy, albowiem wzrost przemiany spoczynkowej i ewentualnie jodu we krwi zawsze pozwoli nam, nawet w przypadkach klinicznie wątpliwych, odróżnić hipotyreozy od hipertyreoz.

Jeżeli chodzi o wyjaśnienie odmiennego zachowania się jodu w moczu po obciążeniu dożylnem w hipotyreozach od zachowania się jego w eutyreozach, to musimy odwołać się do naszych badań (4, 5 i 6), w których przeprowadzono oznaczenie równoczesne

krzywej jodu we krwi i w moczu po obciążeniu dożylnem jodem. Stwierdziliśmy wówczas, że zwiększone wydzielanie jodu moczem w pierwszych 6 godzinach idzie równocześnie z długo i wysoko utrzymującym się wzrostem jodu we krwi, który nawet po 24 godzinach nie uzyskuje poziomu wyjściowego. W eutyreozach zaś krzywa jodu we krwi nie utrzymuje się tak długo na wzmożonym poziomie, który już po 6 godzinach uzyskuje prawie punkt wyjściowy, a w hipertyreozach sięga nawet wybitnie poniżej zwierciadła wyjściowego. Doświadczenia te przemawiają za tem, że w hipotyreozie tkanki, w szczególności zaś tarczyca, nie wychwytują tak szybko ani tak należycie jodu z krwiobiegu, jak to się stwierdza normalnie w eutyreozie a jeszcze wybitniej w hipertyreozie. Że znikanie jodu wstrzykniętego dożylnie, szybsze w eutyreozie i w hipertyreozie, jest wyrazem wybitniejszego wychwytywania go przez narządy, a nie szybszego i wybitniejszego przechodzenia jodu do moczu, dowodzą fakty, że w tym samym czasie wydzielanie jodu moczem jest słabsze w eutyreozie i w hipertyreozie, aniżeli w hipotyreozie. Jesteśmy zdania zgodnie z Fukushimą (14), że tarczyca hipotyreotyczna a zwłaszcza ustrój hipotyreotyczny utracił znacznie zdolność wychwytywania i magazynowania jodu, a nie podzielamy zdania Maurer'a i Ducrue'a, że zdolność wiązania jodu w ustroju nie pozostaje w żadnej łączności z tarczycą.

To upośledzenie zdolności wiązania jodu wlanego w ustroju hipotyreotycznym ujawnia nam, dlaczego w hipotyreozach próba w moczu wypada dodatnio, t. j. dlaczego wydzielanie jodu moczem po obciążeniu jest znacznie bardziej wzmożone, aniżeli w eutyreozie.

Wspomnieliśmy na początku, że największe trudności rozpoznawcze napotyka się w poronnych postaciach hipotyreoz, w których nie można się oprzeć ani na obrazie klinicznym z uwagi na niestałość objawów chorobowych, zresztą często tak bardzo nietypowych, ani na badaniu jodu we krwi, który niejednokrotnie jest prawidłowy lub nieznacznie obniżony (te wahania mogą pozostawać w granicach błędu technicznego), ani też na oznaczeniu przemiany spoczynkowej, której obniżenie, często nieznaczne, może być wynikiem niedomogi innych gruczołów. Dla rozpoznania właśnie tych postaci poronnych próba nasza szczególnie się nadaje.

Osobno należy podkreślić, że ujemna próba jodowa w przypadkach z obniżoną przemianą spoczynkową pozwala wykluczyć niedomogę hipotyreotyczną i każe szukać gdzieindziej przyczyny tego obniżenia.

Wkońcu godzi się zauważyć, że oznaczenie jodu w moczu po obciążeniu jest znacznie łatwiejsze, aniżeli we krwi, między innemi z tego względu, że ilości jodu wydzielonego w moczu są znacznie większe, aniżeli we krwi.

*Streszczenie.*

1) Próba z obciążeniem dożylnem ustroju jodem nieorganicznym jest bardzo charakterystyczną dla niedomogi hipotyreotycznej.

2) Odsetek wydzielonego jodu moczem w ciągu 6 godzin po wlaniu dożylnem 1300 $\gamma$ J jako KJ jest w hipotyreozach zawsze wybitnie wzmożony, wynosząc od 23 do 40%, w eutyreozach zaś wynosi od 12 do 20.5%, w hipertyreozach zaś i w przypadkach wola zwyczajnego jest bądźto obniżony (nawet do 0.8%), bądź też prawidłowy. Zwiększone wydzielanie jodu stwierdza się w niektórych przypadkach hipertyreoz, o ile poprzednio stosowano w nich jod. Fakt ten nie zmniejsza bynajmniej wartości próby, albowiem pomijając już odmienny obraz kliniczny, równoczesne oznaczenie przemiany spoczynkowej i jodu we krwi naczczo pozwala ściśle odróżnić od siebie hipertyreozę od hipotyreozy.

3) Próba nasza nadaje się szczególnie do rozpoznawania postaci poronnych hipotyreoz, których ani obraz kliniczny, ani badanie jodu we krwi naczczo, ani oznaczenie przemiany spoczynkowej nie dają dostatecznej podstawy do rozpoznania hipotyreozy.

4) We wszystkich przypadkach, w których przemiana spoczynkowa jest obniżona, ujemny wynik próby jodowej wyklucza niedomogę hipotyreotyczną i każe szukać gdzieindziej przyczyny obniżenia przemiany spoczynkowej.

*Piśmiennictwo:*

1. Veil W. H. i Sturm. Deutsch. Arch. Klin. Med. 147, 146, 1925. — 2. Elmer Wł. i Scheps M. do druku w Acta Med. Scand. i w Pol. Arch. Med. Wewn. 1933. — 3. Turner B. G. i Mattews C. W. I. B. Chem. 92. LXXXVIII, 1931. — 4. Elmer Wł. Deutsch. Arch. Klin. Med. 174, 390, 1932. — 5. Elmer Wł. Deutsch. Arch. Klin. Med. 174, 449, 1933. 6. Elmer Wł. Polska Gazeta Lekarska, XII, 1933. — 7. de Quervain F. i Smith W. E. Endocrynology, T. XII, 177, 1928. — 8. Sturm A. Dtsch. Arch. Klin. Med. 161, 129, 1928. — 9. Maurer E. i Ducrue H. Bioch. Z. 193, 364, 1928. — 10. Courth H. Bioch. Z. 238, 163, 1931. — 11. Schittenhelm A. i Eisler B. Z. f. ges. Exp. Med. 80, 589, 1932. — 12. von Fellenberg Th. Ergebn. d. Physiol. 25, 176, 1926. — 13. Reith J. F. Bioch. Z. 216, 249, 1929. — 14. Sturm A. Bericht über die Internationale Kropfkonferenz. 1927, str. 236; Verlag H. Huber, Berlin 1928. — 15. Fukushima — cyt. przez Maurer'a i Ducrue'a. — 16. Elmer Wł. Pol. Arch. Med. Wewn. XI, 1933.

---

Dr. Henryk DŁUGOSZ, st. asyst. kliniki. Lwów.

**Badania doświadczalne wpływu naturalnej morszyńskiej wody gorzkiej ze zdroju „Bonifacego" na wydzielanie i wydalanie żółci [1]).**

Z II Kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Roman Rencki.
i z Zakładu farmakologji doświadczalnej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Włodz. Koskowski.

Z badań, przedstawionych w r. 1931 na Zjeździe Towarzystwa internistów w Krakowie, wynika, że po wlaniu wody morszyńskiej do dwunastnicy u ludzi z prawidłowym woreczkiem żółciowym zwiększa się dopływ żółci do dwunastnicy, u ludzi ze zrostami woreczka żółciowego ten dopływ jest nieregularny, a u ludzi pozbawionych operacyjnie woreczka żółciowego brak jakichkolwiek wahań w dopływie żółci do dwunastnicy. (Pol. Arch. Med. Wew. T. XI. 1933. Z. I.).

Nasuwało się tedy przypuszczenie, że większa ilość żółci w treści dwunastnicowej jest następstwem opróżnienia się dróg żółciowych a szczególnie woreczka żółciowego. Trzeba było jednak to przypuszczenie sprawdzić, a nadto zbadać wpływ wody morszyńskiej na czynność żółciotwórczą komórki wątrobowej. W tym celu wykonano szereg doświadczeń ostrych na królikach z podwiązaniem woreczka żółciowego i bez, i jedno doświadczenie ostre na psie po wycięciu woreczka żółciowego, ponadto szereg doświadczeń przewlekłych na psach z przetokami żółciowemi, początkowo zupełnemi a potem niezupełnemi.

Oznaczano ilość zebranej żółci, jej lepkość wiskozymetrem Hessa, napięcie powierzchniowe stalagmometrem Traubego, wskaźnik załamania światła refraktometrem Pulfricha, bilirubinę met. Ernsta i Förstera.

* * *

W ostrem doświadczeniu ilość żółci wątrobowej u psa wagi 12 kg wynosiła 3.9—7 $cm^3$ na godz. Ilość żółci wątrobowej i mieszanej u królików wagi 1.6—2.4 kg wynosiła bez bodźców 3.2—6.6 $cm^3$; ilość nie idzie równolegle z wagą. U psów (11 i 13.5 kg) z przetoką zupełną ilość żółci wahała się między 4.4—20.4 $cm^3$ na godz., najczęściej 8—10 $cm^3$; u psów, operowanych metodą Cytronberga-Węgierki, 3—11 $cm^3$, najczęściej 5—8 $cm^3$, i nie zmieniała się w ciągu 8 mies. obserwacji.

Lepkość żółci wątrobowej i mieszanej u psów, oznaczana wiskozymetrem Hessa, wynosiła 9—15, najczęściej 9—10 mm w rurce z wodą, gdy żółć przesunęła się do znaczka 1. U królików wartości wahały się między 10—11, rzadko dochodziły do 17. Naogół brak wybitniejszych wahań w lepkości żółci, szczególnie u królików.

Napięcie powierzchniowe oznaczano stalagmometrem Traubego, wyrażając wynik stosunkiem ilości kropel wody do ilości kropel żółci. Dla żółci wątrobowej psów napięcie powierzchniowe wynosiło 0.63—0.68, dla żółci mieszanej 0.73—0.82. Dla żółci królików otrzymywano wartości 0.55—0.61. Napięcie powierzchniowe żółci bez bodźców i po wodzie morszyńskiej niewiele się waha.

Wskaźnik załamania światła, oznaczony w temp. 17.5° refraktometrem Pulfricha, wynosi dla żółci wątrobowej psów 37.0—27.0 podziałek skali głównej, rzadko 25. Najwyższe wartości otrzymywano przeważnie w pierwszej i drugiej godzinie doświadczenia wskutek domieszki żółci zastoinowej. Nagłych ani większych wahań nie stwierdzono. U królików wskaźnik refraktometryczny żółci waha się w granicach nieznacznych 23.5—24.

Bilirubina, oznaczana metodą Ernsta i Förstera, w żółci wątrobowej psa wynosi przeciętnie około 20 mg %. Najniższa wartość wynosiła 11.844 mg %, najwyższa 36.540 mg %. Dla żółci mieszanej u psów z przetoką zupełną ilości wynosiły 10.794 do 23.079 mg %. Wahania procentowej zawartości bilirubiny są dość znaczne u różnych psów, u tego samego psa w różnych dniach i w przebiegu jednego doświadczenia. Wahania wynoszą 2—8 mg %, czasem 11—25 mg % (po wykluczeniu błędów technicznych).

---

[1]) Praca przedstawiona na XIV Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu 1933 r.

Napięcie powierzchniowe idzie w parze z ilością kwasów żółciowych (Brugsch i Horsters), a wskaźnik załamania światła z pozostałością suchą (Węgierko) — miałem więc po oznaczeniu napięcia powierzchniowego i wskaźnika załamania światła orjentację co do ilości kwasów żółciowych i pozostałości suchej.

Wlewano 25—300 cm³, najczęściej u królików 50 cm³, u psów 100 cm³ naturalnej morszyńskiej wody gorzkiej ze zdroju „Bonifacego" o temperaturze pokojowej, bądź 37° lub 55°. Kilkakrotnie wlewano 50—200 cm³ wody morszyńskiej o temperaturze 37° do dwunastnicy.

* * *

Doświadczenia na psach i królikach wykazały, że bez bodźców i po wprowadzeniu do żołądka wody wodociągowej o temperaturze pokojowej, ilość żółci, jej własności fizykalne, zawartość bilirubiny, wskaźnik załamania światła (pozostałość sucha) nie ulegają wybitniejszym zmianom.

U psów z przetoką zupełną, z utrzymanym woreczkiem żółciowym, występowało stale po wprowadzeniu do żołądka wody morszyńskiej krótkotrwałe zwiększenie ilości żółci np. z 6.8 na 20.4 cm³ w godzinie, a równocześnie nieznaczny wzrost stężenia bilirubiny (z 13.888 na 14.632 mg %). W następnych godzinach ilość żółci i procent bilirubiny spadają na 4.5—5.1 cm³ i 10.794—12.462 mg %. Własności fizykalne żółci zmieniają się nieznacznie.

W doświadczeniach ostrych na królikach tylko w około 20% doświadczeń występowało po wlaniu wody morszyńskiej do żołądka wzmożenie wydzielania żółci (woreczek żółciowy podwiązany). W pozostałym procencie doświadczeń regularnie, na każde wlewanie wody morszyńskiej reagowały króliki i pies zmniejszeniem wydzielania żółci (zmniejszenie ilości bez zmiany wskaźnika refraktometrycznego, który idzie w parze z pozostałością suchą, z zagęszczaniem żółci).

Ilości wprowadzonej wody morszyńskiej były małe (25 i 20 cm³), więc zahamowanie wydzielania żółci nie było następstwem nadmiernego wypełnienia żołądka.

Tylko po wprowadzeniu wody morszyńskiej o temperaturze 37° do dwunastnicy lub ogrzanej do 50—55° do żołądka widzi się przeważnie zwiększenie wydzielania żółci w pierwszej godzinie po wlaniu, z następowem powolnem opadaniem.

Doświadczenia ostre nie odpowiadają warunkom fizjologicznym. W czasie doświadczenia zwierzę leży na grzbiecie, przywiązane do stołu operacyjnego, wskutek czego odpływ żółci jest utrudniony i mogą występować od poruszeń zwierzęcia zależne nawet znaczne wahania w ilości żółci. Wskaźnik załamania światła, idący równolegle do pozostałości suchej, zmienia się u królika nieznacznie, więc według wskaźnika załamania światła żółci królika nie można orjentować się, czy wydzielanie zahamowane, czy odpływ utrudniony. Wszelkie więc zmiany ilości żółci w doświadczeniach ostrych na królikach trzeba brać bardzo krytycznie i wiązać zależność ich z czynnikami zewnętrznemi (wprowadzona woda) tylko wtedy, gdy występują regularnie, po każdem wprowadzeniu wody.

Ze względów powyższych więcej czasu poświęcono doświadczeniom przewlekłym u psów, szczególnie z przetokami niezupełnemi, jako doświadczeniom, najwięcej odpowiadającym warunkom fizjologicznym.

Ze względu na brak miejsca przytaczam tylko kilka protokołów.

| | Godz. | cm³ | lepkość | napięcie powierzch. | wskaźnik zał. św. | bilirubina % | ilość bezwzgl. w mg |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) | 0—1 | 10 | 10 | 0.64 | 37 | 11.844 | 1.1844 |
| | 1—2 | 6 | 9 | 0.63 | 36.6 | 21.840 | 1.3104 |
| | wlano 100 cm³ wody morsz. + 100 cm³ wody wodociągowej o temp. pokojo ej. | | | | | | |
| | 2—3 | 9 | 10 | 0.64 | 31.7 | 21.840 | 1.9656 |
| | 3—4 | 10 | 10 | 0.64 | 29 | 18.900 | 1.8900 |
| | 4—5 | 8 | 10 | 0.64 | 30 | 36.540 | 2.9232 |
| | 5—6 | 11 | 9.5 | 0.64 | 28.4 | 20.790 | 2.2869 |
| 2) | 0—1 | 6 | 10 | 0.68 | 32.5 | 23.184 | 1.3910 |
| | wlano 100 cm³ wody morsz. + 500 cm³ wody wodociągowej o temp. pokojowej. | | | | | | |
| | 1—2 | 3 | 11 | 0.66 | 31 | 21.053 | 0.6315 |
| | 2—3 | 4.5 | 11 | 0.66 | 30.4 | 18.228 | 0.8202 |
| | 3—4 | 5 | 11.5 | 0.64 | 30 | 31.500 | 1.5750 |
| | 4—5 | 4 | 10 | 0.64 | 27.7 | 29.610 | 1.1844 |
| 3) | 0—1 | 6 | 9 | 0.66 | 35 | 23.016 | 1.3809 |
| | wlano 400 cm³ wody wodociąg. o temp. pokojowej. | | | | | | |
| | 1—2 | 5 | 10 | 0.65 | 33 | 21.672 | 1.0836 |
| | 2—3 | 8 | 10.5 | 0.64 | 30 | 20.936 | 1.6748 |
| | wlano 100 cm³ wody morsz. + 100 cm³ wody wodociągowej o temp. pokojowej. | | | | | | |
| | 3—4 | 6 | 10 | 0.66 | 30 | 22.176 | 1.3305 |
| | 4—5 | 3 | 11 | 0.64 | 28.5 | 21.840 | 0.6552 |
| | 5—6 | 4 | 9.5 | 0.66 | 30 | 22.680 | 0.9072 |
| 4) | 0—1 | 8.2 | 10 | 0.63 | 34.5 | 34.272 | 2.8103 |
| | wlano 200 cm³ wody wodociąg. o temp. pokojowej. | | | | | | |
| | 1—2 | 7 | 10 | 0.64 | 32 | 23.252 | 1.6276 |
| | 2—3 | 7 | 9.5 | 0.63 | 29 | 22.344 | 1.5641 |
| | wlano 200 cm³ wody wodociąg. o temp. pokojowej. | | | | | | |
| | 3—4 | 5 | 9.5 | 0.64 | 25 | 23.016 | 1.1508 |
| | wlano 100 cm³ wody morsz. + 100 cm³ wody wodociągowej o temp. pokojowej. | | | | | | |
| | 4—5 | 3.2 | 10 | 0.65 | 27.6 | 15.120 | 0.4838 |
| | 5—6 | 0.5 | — | — | 27.2 | — | — |
| | 6—7 | 7 | 9 | 0.65 | 27.2 | 13.986 | 0.9790 |

Na podstawie wszystkich doświadczeń na psach z przetoką niezupełną dadzą się wysnuć następujące *wnioski:*

Tylko w małym procencie, bo wynoszącym około 25%, naturalna morszyńska woda gorzka, wprowadzona przez zgłębnik do żołądka, powoduje zwiększenie ilości żółci wątrobowej, bez zmiany, względnie ze zmniejszeniem stężenia bilirubiny i wskaźnika załamania światła. W pozostałym procencie następstwem wprowadzenia naturalnej morszyńskiej wody gorzkiej jest zmniejszenie ilości żółci wątrobowej, niezależnie od stężenia wprowadzonej wody morszyńskiej, czasu wprowadzenia, ani od poprzedzającego nawodnienia ustroju. Taksamo występowało zmniejszenie ilości, gdy wprowadzono 100 cm³ naturalnej morszyńskiej wody gorzkiej ze 100 lub 500 cm³ wody wodociągowej, gdy wprowadzano wodę morszyńską w początkowej części doświadczenia, czy po kilkugodzinnej obserwacji. Taksamo wreszcie następowało zmniejszenie ilości żółci wątrobowej, gdy na 2—3 godz. przed podaniem wody morsz. wprowadzono 400 cm³ wody wodociągowej naraz, czy w porcjach po 200 cm³ co 1—2 godziny. Po 2—3 godz., rzadko po dłuższym czasie, ilość wydzielonej żółci powoli rośnie.

Stwierdzenie zmniejszenia ilości żółci nie daje podstaw do wysnuwania daleko idących wniosków. Trzeba jeszcze śledzić, czy w składzie żółci lub własnościach fizykalnych zachodzą zmiany.

Własności fizykalne: lepkość i napięcie powierzchniowe żółci watrobowej psów pod wpływem wody morszyńskiej, wprowadzonej do żołądka, nie ulegają wyraźniejszym zmianom.

Wskaźnik załamania światła (pozostałość sucha), najwyższy zawsze w pierwszej godzinie doświadczenia, wskutek domieszki żółci zastoinowej, stale opada nieco po wodzie morszyńskiej (ale także po wprowadzeniu większej ilości wody wodociągowej). Można więc wnioskować, że po wodzie morszyńskiej zmniejsza się ilość żółci, a żółć rozrzedza się nieco, bez widocznej zmiany lepkości i napięcia powierzchn.

Największe wahania po wodzie morszyńskiej wykazuje bilirubina. Prawie we wszystkich doświadczeniach w dwóch pierwszych godzinach po wodzie morszyńskiej maleje stężenie bilirubiny. Spowodu zmniejszenia ilości żółci maleją także jej wartości bezwzględne. Prawie stale w trzeciej godzinie po wlaniu wody morszyńskiej rośnie stężenie bilirubiny, często znacznie ponad normę (z 11.844 wzgl. 21.840 na 36.540 mg %).

Stężenie bilirubiny, jak na początku zaznaczyłem, waha się dość znacznie w żółci wątrobowej psa, nawet bez bodźców. Wysnuwanie wniosków ze zmian stężenia musi być bardzo ostrożne. Jeżeli jednak występuje regularnie, prawie stale w trzeciej godzinie po wlaniu wody morszyńskiej, uprawnia to do połączenia w związek przyczynowy dwóch faktów: wlania wody morszyńskiej i stężenia bilirubiny.

Wzrost stężenia bilirubiny w żółci po wodzie morszyńskiej nie może być następstwem zwiększonego dowozu materjału dla wytwarzania bilirubiny. Natomiast nic nie przeczy, że jest następstwem polepszenia sprawności komórki wątrobowej i wydalania żółci z drobnych przewodów wątrobowych. Napewno nie jest wzrost stężenia bilirubiny zależny od zagęszczenia żółci, gdyż wskaźnik załamania światła pozostaje niezmieniony lub zmienia się minimalnie.

Codzienne przez 3 tygodnie podawanie 100 cm³ wody morszyńskiej psu z przetoką niezupełną spowodowało spadek wagi o 2 kg (z 22 na 20 kg). Ilość żółci ani stężenie bilirubiny nie uległy wyraźniejszej zmianie. Wskaźnik załamania światła zwięk-

szył się z 33.4—35 przed na 41.3—43.5 po 3 tyg. Po dalszych 3 dniach wskaźnik obniżył się na 36—38.

Zbierając wyniki ostatnich doświadczeń, powiedzieć można, że *woda morszyńska w znacznej większości przypadków hamuje na 1—3 godz. wydzielanie żółci wątrobowej. W następnym okresie woda morszyńska pobudza czynność żółciotwórczą wątroby.*

Wniosek powyższy w połączeniu z doświadczeniami na psach z utrzymanym woreczkiem żółciowym, gdzie w krótki czas po wprowadzeniu wody morszyńskiej zwiększał się wypływ żółci, a żółć była ciemniejsza niż poprzednio, nasuwa przypuszczenie, że *woda morszyńska powoduje najpierw opróżnienie dróg żółciowych i woreczka żółciowego i równocześnie początkowo hamuje wydzielanie żółci, a następnie pobudza czynność żółciotwórczą komórki wątrobowej.* Podawanie wody morszyńskiej przez 3 tygodnie nie zmienia ilości żółci, ani stężenia bilirubiny, powoduje tylko zagęszczenie żółci, utrzymujące się kilka dni.

Wyniki doświadczeń na zwierzętach, łącznie z przebiegiem zgłębnikowania dwunastnicy u ludzi z utrzymanym, zdrowym woreczkiem żółciowym i u ludzi po wycięciu woreczka, względnie ze zrostami między woreczkiem żółciowym a dwunastnicą, uprawniają do wniosku ostatecznego:

*Zwiększony dopływ żółci do dwunastnicy po wodzie morszyńskiej pochodzi przeważnie z opróżnienia się dróg żółciowych i woreczka. Wpływ bezpośredni na czynność żółciotwórczą komórki wątrobowej jest mniejszy i to w początkowej fazie hamujący a w następnej pobudzający, rzadziej przeciwnie.*

*Piśmiennictwo:*

B a b k i n: Gewinnung reiner Sekrete der Verdauungsdrüsen, w Bethe, Bergmann, Embden, Ellinger: Hndb. d. norm. u. path. Physiol. B. III. — B r u g s c h-H o r s t e r s: Ztschr. f. d. ges. exp. Med. B. 38. 1923. S. 367. — D ł u g o s z H.: Pol. Arch. Med. W. T. XI. 1933 Z. 1. i Pol. Gaz. Lek. R. XII. 1933. Nr. 20. — W ę g i e r k o J.: Pol. Arch. Med. Wew. T. X. 1932. Z. 3.

---

Dr. Zdzisław MAURER, st. sekund. Szpit. pow. Rzeszów.

**O wartości szybkiego rozszerzania szyi macicy w ciąży i porodzie rozszerzadłem Frommera.**

Ze Szpitala powszechnego w Rzeszowie.
Dyrektor: Dr. Roman H i n z e.

W numerze 45-ym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. 1931 ogłosiłem artykuł o szybkiem rozszerzaniu szyjki macicy metodą B o s s i-F r o m m e r'a w praktyce prywatnej, w którym napisałem: „lekarz widzi więc, że ta jedna jedyna metoda B o s s i'e g o, odebrana mu i potępiona przez klinicystów, pozostaje do jego dyspozycji jako zabieg nadający się do praktyki prywatnej, naprawdę dobry, mogący jemu i chorej przynieść w wielu przypadkach tylko korzyści", i „jak długo nie da się praktykowi innej metody przystępnej dla niego w jego praktyce prywatnej, metody zupełnie bezpiecznej, nieskrywającej w sobie żadnej ujemnej strony, metoda B o s s i'e g o w modyfikacji F r o m m e r'a jest jedyną, którą powinien praktyk zastosować tem więcej, że jest dobrą i nie da się zastąpić żadną ze znanych a podanych dla tępego rozszerzania szyjki macicy tam, gdzie chodzi o pośpiech".

Zapatrywanie moje, zresztą nieodosobnione, na wartość metody B o s s i'e g o podtrzymuję i dzisiaj, bo nie przekonał mnie artykuł prof. B o c h e ń s k i e g o w Polskiej Gazecie Lekarskiej (Nr. 20 z r. 1932) ani Jego uwagi o B o s s i'm zamieszczone w arkuszu 6-ym Praktyki lekarskiej z r. 1932 (bezpł. dodatek do P. G. L.).

Głównym powodem, dlaczego wielu poważnych położników ustosunkowało się negatywnie wobec B o s s i'e g o, były obrażenia, przedarcia szyi, powstałe przy jej rozszerzaniu tą metodą. Pęknięcia szyjki macicy nie są dla lekarza zjawiskiem niezwykłem i każdy położnik musi być na nie przygotowany w czasie zwykłego, tem bardziej operacyjnego porodu.

Wiemy, że zdrowy mięsień macicy nie pęka. Prawidłową ścianę macicy przedziurawia uraz działający na nią od zewnątrz (uderzenie, upadek) lub od wewnątrz (zabiegi lekarskie). Zdrowy mięsień pęka także i to wyłącznie w okolicy dolnego odcinka wskutek nadmiernego jego rozciągnięcia przy istniejącej przeszkodzie porodowej, której pokonać nie może. Tem łatwiej pęka w tych warunkach mięsień zmieniony, nieprawidłowy.

W każdem pęknięciu macicy grają rolę dwa momenty: 1) jej predyspozycja do pęknięcia, 2) czynnik wywołujący pęknięcie, i z niemi muszą liczyć się lekarz-praktyk i lekarz-statystyk.

Usposobienie macicy do pęknięcia, małowartościowość jej ścian, jest albo wrodzoną na tle jej niedorozwoju ogólnego lub częściowego albo nabytą najczęściej wskutek przebytych urazów lub zapaleń. Urazy kaleczące macicę pozostawiają po sobie zawsze mniej lub więcej rozległe blizny. W ich miejscu i w ich otoczeniu oporność ściany macicy cierpi wskutek ubytku i zwyrodnienia szklistego tkanki mięśniowej i wskutek zaniku elementów elastycznych a rozrostu tkanki łącznej. Każdy poród, nawet prawidłowy, pozostawia po sobie takie zbliznowacenia ścian szyjki i dolnego odcinka macicy w następstwie licznych a drobnych jej pęknięć, a czasami nawet głębokich przedarć powstających od przesuwającego się płodu, co tłumaczy, że macica wieloródek pęka częściej niż pierwiastek (500 : 5 według H. G u g g i s b e r g a). Poważne zbliznowacenia ścian szyi lub dolnego odcinka macicy stwierdza się stosunkowo dosyć często po obrażeniach macicy sondą lub Hegarami, w następstwie skrobanek, po zabiegach operacyjnych jak głębokie nacięcia szyi, cięcie pochwowe D ü h r s e n'a, cięcie cesarskie brzuszne szyjowe, po obrażeniach kleszczowych, w następstwie ręcznego wydobywania płodu i t. p. Stopień osłabienia ściany macicy w miejscu przebytego obrażenia zależy od rozległości uszkodzenia i charakteru jego zabliźniania się. H. F r e u n d dopatruje się nawet usposobienia szyi macicy do pęknięć w jej choćby jednorazowem nadmiernem rozciągnięciu z jakiegokolwiek powodu i w jej uszkodzeniu, w naderwaniu przez to jej tkanek.

Również pokrewne tym zmianom mimo odmiennej etjologji zbliznowacenia dolnego odcinka macicy i szyi w następstwie zapaleń, owrzodzeń, procesów kiłowych, gruźliczych i t. d. mogą być powodem trwałego obniżenia wytrzymałości ścian szyjki macicznej. To samo rozwija się nieraz na tle nieprawidłowości naczyń macicy wrodzonych lub nabytych a więc na tle stwardnienia fizjologicznego macicy u ciężarnych, rozstrzeni żył, żylaków a w macicach starych na tle zmian sklerotycznych. Ciężkie ogólne schorzenia lub charłactwa, choroby zakaźne, mocznica lub rzucawka porodowa, osłabiają wytrzymałość szyjki macicy przez jej złe odżywienie lub niszczące działanie jadów na jej ściany.

Nowotwory szyjki powodują ścieńczenie ścian szyi, podobnie zaśniad groniasty i nisko usadawiające się łożysko. Wreszcie macica może stać się po porodzie małowartościową jeszcze i przez to, że odnowa jej ścian wskutek nieprawidłowości połogowych jest niezupełną.

To byłyby w najogólniejszych zarysach przyczyny predysponujące macicę do pęknięć, z któremi położnik musi się liczyć. Sumienne badanie wykrywa czasami te stosunki, niejedno rozświetla skrupulatny wywiad, a często dopiero operacja lub sekcja znajdują powód pęknięcia leżący w usposobieniu macicy do pęknięcia.

Przy istniejącem usposobieniu wystarcza nieraz błahy czynnik, by spowodować obrażenie szyi macicy, wystarcza prężność rozwijającego się jaja płodowego, zwiększone ciśnienie śródmaciczne nawet słabych bólów porodowych i szyjka pęka nie mogąc podołać wymogom rosnącej ciąży lub prawidłowego porodu. Ściana szyjki przerywa się w tych warunkach tem łatwiej, gdy bóle są silne lub wprowadzona ręka lekarza zwiększa ciśnienie wewnętrzne. Szyja pęka wreszcie pod wpływem bezpośredniego urazu, jakim jest przesuwające się lub przeciągane ciało płodu, ucisk rozszerzających ją palców, Hegarów, balonu czy B o s s i'e g o. Częstość głębokich pęknięć szyi przy porodach prawidłowych (5%) a porodach operacyjnych (37,82%) ilustruje najlepiej podana statystyka przez B a r d e l e b e n'a. Przy porodach operacyjnych rośnie niebezpieczeństwo pęknięcia z wzrostem siły urazu uzależnionej od techniki operującego i od wyboru zabiegu. Indywidualizowanie w położnictwie jest może więcej potrzebne, niż w każdym innym dziale lecznictwa. W większości przypadków pęknięć szyi macicy pooperacyjnych nie można obwiniać o to tej czy innej metody operacyjnej. Każda metoda zastosowana i przeprowadzona zgodnie z obowiązującemi regułami da prawie zawsze dobre wyniki nawet przy istniejącem usposobieniu macicy do pęknięcia. Wysokie cyfry pęknięć w ogłaszanych statystykach mają swoje źródło niemal zawsze w nieopanowaniu techniki przez operującego, w wyborze nieodpowiedniego zabiegu lub zlekceważeniu wskazań operacyjnych. Rzecz prosta, że niebezpieczeństwo pęknięcia szyjki jest wielkie przy jej szybkiem rozszerzaniu. Potwierdzają to porody przyśpieszone i uliczne.

Problem szybkiego rozszerzania szyi macicy w ciąży i porodzie czeka do dzisiaj na rozwiązanie. Nie rozwiązały go ostatecznie metody tnące podane przez D ü h r s e n'a, niedostępne dla lekarzy nawet klinicystów w ich praktyce prywatnej (G. W i n t e r, H. G u g g i s b e r g) tak, że do dzisiaj praktyk nie mając wyboru skazany jest na posługiwanie się w przypadkach

wymagających nagiego opróżnienia macicy przy zamkniętej lub częściowo otwartej szyi macicy rozszerzadłem Bossi-Frommer'a. Tymczasem właśnie metoda Bossi'ego rozszerzania szyi macicy na tępo jest najbardziej zwalczaną i została poprostu odrzuconą przez poważnych położników jak G. Winter, O. Polano, R. Freund, H. Guggisberg, K. Bocheński i inni. Przeciwnicy Bossi'ego odbierając lekarzowi-praktykowi tę metodę nie dają mu w zamian żadnego drogowskazu, co ma robić, gdy musi kończyć szybko poród przy zamkniętej szyi a chorej nie może skierować do kliniki lub szpitala. Prof. Bocheński w swym artykule z r. 1932 nie stara się nawet odpowiedzieć na to niepokojące każdego lekarza w jego praktyce prywatnej pytanie, które było podstawą moich długoletnich doświadczeń z rozszerzadłem Frommer'a i ogłoszonej przeze mnie w r. 1931 pracy. W rezultacie takiego stanowiska praktyk nie ma drogi przed sobą, gdy inne metody bezkrwawego otwarcia na tępo szyjki macicy jak Hegarami, pręcikami blaszecznicy, balonem, rozszerzanie ciałem płodu lub ręczne nie mają praktycznej wartości, gdzie chodzi o pośpiech.

Zarzut wielkiego niebezpieczeństwa przedarć szyi macicy stawiany Bossi'emu możnaby z równem uzasadnieniem wysunąć przeciw wszystkim metodom rozszerzania szyi, nie wyłączając cięcia cesarskiego pochwowego. Zobaczmy, jak przedstawia się bezpieczeństwo tych metod w świetle głosów i cyfr statystycznych pochodzących od przeciwników Bossi'ego.

a) Pęknięcia szyi nieraz bardzo głębokie, sięgające do przymacicz, zdarzają się często przy Hegarach. Winter podkreśla *„riesengrosse Zahl"* tych pęknięć. Według Bocheńskiego i Winter'a wywołują Hegary stale mniej lub więcej głębokie pęknięcia błony śluzowej szyjki.

b) Rozszerzanie szyjki ręczne metodą Harris'a czy Bonnaire'a powoduje zawsze takie pęknięcia błony śluzowej szyi (Winter) a często gwałtowne jej przedarcia z niebezpieczeństwem życia (Guggisberg). Meulemann opisał 12 przypadków śmiertelnych na 45 operowanych tą metodą przy łożysku przodującem (26,66%).

c) Metreryza ma także na swojem sumieniu wiele ciężkich obrażeń szyi (R. Freund, Bocheński, Winter, Guggisberg), których częstość oblicza *Klinika królewiecka* przy szybkiem rozszerzaniu szyjki na 24%.

d) Przy forsownem rozszerzaniu szyi ciałem płodu niebezpieczeństwo pęknięć głębokich szyi (Guggisberg, Bocheński, Winter) i dolnego odcinka macicy (Winter) jest bardzo wielkie. Hammerschlag ustala ich liczbę na 29%.

e) Odnośnie zaś do cięcia pochwowego Dührsen'a podkreśla O. Pankow, że z reguły nadrywa się dalej pierwotne cięcie przy przeciąganiu płodu. Winter oblicza częstość tych naddarć na 10,6%. Z drugiej strony zasadnicze, ciężkie, jakkolwiek operacyjne, uszkodzenie szyjki i dolnego odcinka macicy przy tem cięciu nie jest podług Guggisberg'a obojętnem, bo pozostawia po sobie trwałe następstwa w postaci rozległych blizn.

Dostępne mi statystyki i głosy o Bossi'm są bardzo rozbieżne. R. Freund podaje za *Kliniką królewiecką* 33% pęknięć szyi przy tej metodzie. G. Winter ogłosił na 30 własnych przypadków 6 (20%) głębokich rozdarć szyi sięgających do otrzewnej względnie przymacicza, natomiast na 245 zebranych przypadków z literatury tylko 25 pęknięć (10,2%) przy zamkniętej szyice macicy. Guggisberg i Bocheński opierając się na własnem doświadczeniu przestrzegają przed niebezpieczeństwem obrażeń szyi przy Bossi'm. A. Czyżewicz zestawił statystykę obejmującą 1308 przypadków z literatury i 36 własnych przypadków, obliczając ilość głębokich pęknięć szyi przy Bossi'm u pierwiastek z utrzymaną szyją na 15,15%, u wieloródek w tych samych warunkach na 11,7%, u pierwiastek z szyjką zanikłą na 6,8%, a u wieloródek w podobnych warunkach na 8,12%. Obok niechętnych trzeba zanotować niemniej poważne a pochlebne głosy o Bossi'm Bardeleben'a, Bossi'ego, Leopold'a, Hammerschlaga, Th. Wyder'a, Frommer'a i innych. Wśród 97 przypadków operowanych przeze mnie rozszerzadłem Frommer'a nie miałem ani jednego poważniejszego obrażenia szyi (0%), które wymagałoby wkroczenia chirurgicznego.

Z piśmiennictwa, z którego zaczerpnąłem powyższe dane statystyczne, dowiadujemy się, że przyczyny uszkodzenia szyjki tkwią nie w istocie stosowanej metody lecz w właściwościach nabytych lub wrodzonych ścian macicy usposabiających je do pęknięć, albo w winie operującego. Nieopanowanie techniki ze strony lekarza, wybór niestosownego zabiegu, niezręczność, nieorjentowanie się w sytuacji, nieostrożne lub brutalne stosowanie metody, brak cierpliwości i t. d. mszczą się aż nazbyt często i szyjka macicy pęka, gdzie można było oszczędzić jej pęknięcia (Winter, Guggisberg, Bocheński). Guggisberg pisze, że *„położnik niedoświadczony, nerwowy, początkujący, o niewyrobionem czuciu dotyku dla położnictwa, używa zawsze gwałtu"*. Winter podkreśla niejednokrotnie w epikryzach nieszczęśliwych przypadków z swej kliniki jako powód *„niedoświadczenie młodych asystentów"*. Takie momenty przyczynowe wysuwa się, gdy chodzi o obrażenia szyi lub dolnego odcinka macicy przy ich rozszerzaniu Hegarami, ręką, ciałem płodu lub balonem. Rozdarcia szyi po cięciu cesarskiem pochwowem w następstwie przeciągania płodu usprawiedliwia Bocheński również błędem technicznym, bo za krótkiem cięciem. Same metody jako takie wychodzą jednak zawsze nienaruszone. I nie dyskredytuje się tych metod i to słusznie dla ich wielkich, niezaprzeczonych wartości.

Jakże odmiennie traktuje się metodę Bossi'ego szybkiego rozszerzania szyjki macicy. Przeciwnicy jej nie chcą widzieć przyczyny obrażeń szyjki przy tej metodzie w winie operującego lub w usposobieniu macicy do pęknięcia, lecz szukają jej w samej metodzie, w istocie rozszerzadła Bossi'ego czy Frommer'a. Winter podnosi z naciskiem, że rozszerzadło Bossi'ego rozwija przy swem użyciu siłę dynamiczną wielką zapominając, że motorem tej siły jest ręka ludzka, która nią kieruje i od której stopniowanie siły przyrządu zależy. Winter uważa wyniki osiągnięte metodą Bossi'ego za *„pozorne"*, polegające *„nie na rozciągnięciu tkanki lecz na powstaniu pęknięć, odgniotów idących od błony śluzowej w głąb szyjki i sięgających do sklepień a najczęściej wysoko w przymacicze"*. Gdyby tak było, każde rozszerzanie szyjki Bossi'm musiałoby zakończyć się jej przedarciem, często wielokrotnem, i to wcześniej, zanim lekarz osiągnąłby jej otwarcie, a Bossi notowałby zawsze 100% pęknięć szyi. A przecież tak nie jest. Winter, który jest zdecydowanym przeciwnikiem metody Bossi'ego, tak pisze wkońcu: *„Es ist zweifellos, dass an diesen Rissen das Bossische Instrument nicht immer allein die Schuld trägt, sondern dass die entbindenden Verfahren den nicht ganz erweiterten Cervix eingerissen, oder den durch Bossi gesetzten Riss erweitert haben können, immerhin werden sie dem ganzen Entbindungsverfahren zur Last gelegt werden müssen"*. To stanowisko Winter'a wobec metody Bossi'ego jest jaskrawo gorszące i odbiera zupełną wartość ogłoszonej przez niego statystyce jak i wyciągniętym z niej jego wnioskom. Nierealność jego statystyki bije w oczy i domaga się jej rewizji.

Prof. Bocheński zgodny z Winter'em w zapatrywaniu na metodę Bossi'ego twierdzi, że *„modyfikacje pierwowzoru Bossi'ego, nawet Frommer'a, nie zdołały go ulepszyć, gdyż wad jego nie usuwają, ale raczej posiadają większe przez to, że rozszerzają równocześnie pochwę, i są krótsze, wskutek czego operowanie niemi jest niewygodne"*, a także że *„błędem jest używanie Bossi'ego, gdy kanał szyi jest jeszcze utrzymany, a zwłaszcza, jeżeli jest dość długi. Wtedy ramiona nie przechodzą przez całą długość szyi, bo są za krótkie, i podczas przekręcania śrubą rozszerzają tylko dolną część szyi, gdy tymczasem górna jej część pozostaje nienaruszoną. Równocześnie atoli końce ramion wrzynają się w ścianę szyi i powstają rozległe zranienia. Należy więc przyrządu tego używać tylko wówczas, jeśli szyja jest zupełnie rozwartą i balonowato rozdętą, czyli innemi słowy tylko do rozszerzania samego ujścia"*.

Powyższe zarzuty prof. Bocheńskiego, zarzuty poważne, chybiają celu, o ile odnoszą się do rozszerzadła Frommer'a, o którem pisałem, bo pracowałem wyłącznie rozszerzadłem Frommer'a. W zarzutach tych jest jakieś nieporozumienie, nieścisłość. Rozszerzadło Frommer'a, 35 cm długie, dłuższe od łyżek macicznych lub kleszczyków Winter'a, pozwala bowiem na swobodną i bardzo wygodną niem pracę. Fakt, że dylatator Frommer'a rozszerza równocześnie powoli, stopniowo pochwę, a więc przygotowuje ją na przejście płodu, jak to czynią w czasie porodu główka lub pośladki, przemawia na korzyść tego doskonałego rozszerzadła.

Z drugiej strony końce doszyjowe ramion Frommer'a są 5 cm, a więc dostatecznie długie, by sięgały zawsze przez całą długość kanału szyi poza ujście wewnętrzne macicy. Według O. Oertel'a długość kanału macicy wynosi bowiem u kobiet, które nie rodziły, 6 cm, u wieloródek 6,5 cm, a z tego przypada na kanał szyjki 2 do 2,5 cm. Rozszerzadło Frommer'a spełnia swoje zadanie nawet przy wydłużonej szyjce, nie dając w żadnym wypadku podstawy do obaw prof. Bocheńskiego. Nieuprzedzony czytelnik musi tem samem przyznać, że przyczyny pęknięć szyjki należy szukać w każdym przypadku poza dylatatorem Frommer'a w omawianych już przy innych metodach momentach a to: w usposobieniu macicy do pęknięcia a jeszcze częściej w błędach technicznych operatora. Technika rozszerzania na tępo szyjki macicy przyrządem Frommer'a

jest bardzo prosta. Opanowanie jej jest niezwykle łatwem. Jedyny a nieobliczalny w skutkach błąd leży w pośpiechu rozszerzania a więc w braku cierpliwości u lekarza. Przy rozszerzaniu Frommer'em nie można mówić o półobrotach korbą co 2 minuty czy o rozszerzaniu szyjki co 2 minuty o ½ cm. Ruchy korbą robi się ułamkami obrotów zależnie od znikania oporów, czekając cierpliwie przy najmniejszym zjawiającym się oporze ze strony szyjki, którego nie wolno nigdy forsownie przezwyciężać. Mamy tutaj analogję z otwieraniem szyi przy pomocy Hegarów, gdzie po założeniu jednego numeru czeka się tak długo, dopóki nie popuści ściana szyjki, a następny numer Hegara nie wchodzi niemal sam z siebie (Winter). Przy rozszerzaniu Frommer'em trzeba czekać równie cierpliwie, dopóki opór ściany szyi nie zniknie pozwalając na dalsze jej rozszerzanie. Ramiona idą wtedy jakby w próżnię. Wtedy nie potrzeba użycia najsłabszej choćby siły dla dalszego obrotu korbą, a niebezpieczeństwo obrażeń szyjki maleje, poprostu znika. Powód tego leży może jeszcze w tem, że ramiona rozszerzadła Frommer'a rozwierając się opisują powierzchnię stożka ściętego i że opór tkanki rozdziela się równomiernie na wielką ilość jej punktów, przez co rozszerzadło Frommer'a naśladuje możliwie fizjologiczne rozszerzanie szyjki macicy (Frommer).

Szczegóły techniki rozszerzania szyjki rozszerzadłem Frommer'a podałem w mym artykule drukowanym w Nr. 45/1931 P. G. L.

Rozbieżność przytoczonych powyżej statystyk, przemawiających rzekomo na niekorzyść metody Bossi'ego, jest wielką i bije w oczy. Statystyka Winter'a własnych przypadków odpada sama z siebie z przyczyn już wyłuszczonych. *Statystyka królewiecka* przewyższająca statystykę Winter'a w rozdarciach szyi o 60,6%, tem samem niezrozumiała, nie może być braną na serjo. Natomiast prawie identyczne procentowo statystyki zbiorowe Winter'a (10.2%) i A. Czyżewicza (10,1%) są nawet korzystniejsze od podanych statystyk pęknięć szyi przez Winter'a dla cięcia cesarskiego pochwowego (10,6%), przez Hammerschlag'a dla forsownego rozszerzania ciałem płodu (29%) i przez *Klinikę królewiecką* dla forsownej metreryzy (24%). Niebezpieczeństwo pęknięć szyi przy Bossi'm jest więc w oświetleniu jego przeciwników mniejsze aniżeli przy każdej innej metodzie szybkiego jej otwierania.

Rozumiem, że można nie uznawać dla siebie metody wymagającej czasami nadludzkiej cierpliwości, której samemu się nie ma, lecz to nie wystarcza do odbierania tej metody drugim, którzy na benedyktyńską cierpliwość zdobyć się mogą.

Jaką wartość mają ogłaszane statystyki? Korzystne dowodzą celowości danej metody, niekorzystne uczą, w czem leży źródło zła tej metody, względnie czego należy unikać, by nie dyskredytować dobrej. Tam, gdzie istnieją statystyki korzystne, nie powinno się wydawać sądu potępiającego o jakiejś metodzie na podstawie statystyk niepomyślnych, jak długo nie wykaże się bezpodstawności tych pierwszych.

Chciałbym wreszcie zwrócić uwagę i na to, że jakiś zabieg trudny do przyjęcia przez klinicystów, którzy mają w jego miejsce bardziej dla siebie odpowiedni, może być dla lekarza-praktyka koniecznym. Tak właśnie ma się sprawa z rozszerzaniem szyi macicy na tępo dylatatorem Frommer'a.

Z drugiej strony nawet przeciwnicy Bossi'ego przyznają zgodnie 1) bezwzględną czystość tej metodzie, 2) niezawodną pewność działania w każdym przypadku w ciąży i porodzie i każdego czasu.

a) Sposób rozszerzania szyi Hegar'ami równie czysty ma swoją wartość tylko dla pierwszych trzech miesięcy ciąży. W miesiącach późniejszych może służyć jedynie jako zabieg pomocniczy dla innej metody rozszerzania szyjki.

b) Zabiegi Bonnaire'a i Harris'a dające najwięcej zakażeń są nie do użycia przy utrzymanej w całości szyi zwłaszcza u pierwiastek (Guggisberg, Winter, Bocheński).

c) *Metreryza*, której zastosowanie dla szybkiego rozszerzania szyjki jest bardzo ograniczone, wykazuje według Winter'a 10 do 12% chorobliwości matek w przypadkach czystych, a 43.7% w przypadkach zakażonych przy 0% śmiertelności. Według Guggisberg'a chorobliwość matek z zakażenia przy tej metodzie jest o 50% większą niż przy innych metodach. Metreryza nie nadaje się do natychmiastowego rozwiązania w przypadkach, gdzie szyjka jest w całości lub w większej części utrzymaną, gdzie brak jest dostatecznego rozpulchnienia tkanek jak u starych pierwiastek i gdzie część przodująca znajduje się nisko w miednicy lub jest ustaloną (Guggisberg, Winter, Bocheński). Przeciwwskazaniem dla niej są: zbliznowacenia i nowotwory szyjki lub dolnego odcinka macicy, zakażenia i rzucawka porodowa. Ujemną stroną metreryzy jest przemieszczanie szyi ku dołowi usposabiające do wypadnięć macicy.

d) *Rozszerzanie szyjki ciałem płodu* daje według Hammerschlag'a 38% chorobliwości matek przy 0% śmiertelności, a znajduje zastosowanie tylko przy podatnych częściach miękkich, otwartej szyjce i prawie zanikłem ujściu. Podobnie jak przy metreryzie mamy tutaj przemieszczanie macicy ku dołowi usposabiające do jej wypadnięć (Hammerschlag, Guggisberg, Bocheński, Winter).

A Bossi-Frommer zdaje po raz drugi egzamin i wychodzi zwycięsko przed innemi metodami otwierania szyjki macicy jako metoda bezwzględnie czysta i niezawodna. Chorobliwość i śmiertelność matek przy tej metodzie dają 0%. Przy Bossi'm pracuje się bowiem przyrządem metalowym, który wprowadzamy do szyjki bez pośrednictwa rąk, a po drugie pracuje się pod kontrolą wzroku a to ma wielkie znaczenie, bo pozwala operującemu śledzić w czasie zabiegu zachowanie się szyjki tak, że najmniejsze jej uszkodzenie nie mogłoby ujść jego uwagi. Krwawienie towarzyszące zawsze obrażeniom szyi alarmuje i zmusza w tych przypadkach do jeszcze ostrożniejszej pracy, do przesunięcia rozszerzadła ew. do zaprzestania dalszego rozszerzania. Zdarza się to na szczęście wyjątkowo, najczęściej wskutek niecierpliwości lekarza.

Metodą Bossi-Frommer'a można pewnie i prawie zawsze otworzyć szyjkę macicy zupełnie lub częściowo zamkniętą w ciąży i w czasie porodu nie narażając matki na zakażenia i okaleczenia jej macicy. Ograniczenia dla użycia Bossi-Frommer'a są bardzo rzadkie i tkwią w zbliznowaceniach i zmianach nowotworowych ścian szyi lub dolnego odcinka macicy i niedorozwoju szyjki większego stopnia, wymagającym dla jej rozszerzenia metod tnących.

Łożysko przodujące nie przedstawia bynajmniej przeciwwskazania dla tej metody, jak twierdzi prof. Bocheński. W praktyce prywatnej jedynym usprawiedliwionym zabiegiem przy łożysku przodującem jest tylko obrót dla zatrzymania krwotoku uciskiem ciała płodu a po obrocie wyczekujące stanowisko (Hammerschlag). Obrót nieczasowy przy szyjce przepuszczającej tylko 2 palce jest w tych przypadkach bardzo trudny i niebezpieczny. Dla szerszego otwarcia szyjki nadawałby się poza Bossi'm, tylko balon. Śmiertelność matek przy metreryzie zewnątrzjajowej wynosi według O. Pankow'a 9,5%, przy metreryzie dojajowej 5,1% wskutek zakażeń ew. krwotoków. Rozszerzanie szyjki do Nr. 7 rozszerzadła Frommer'a dla wygodnego i łagodnego obrotu nie przedstawia dla niej i dla matki żadnego niebezpieczeństwa. Krwawienie towarzyszące zawsze rozwijaniu się szyjki przy łożysku przodującem jest tutaj z reguły nieznaczne i prawie bez znaczenia spowodu krótkiego czasu jej rozszerzania. Śmiertelność matek przy tej metodzie według mego doświadczenia daje 0%. Bossi nie kaleczy, nie podnosi a więc nie odkleja łożyska, nie zwiększa tem samem krwotoku w przeciwieństwie do metreryzy zewnątrzjajowej, a jako zabieg bezwzględnie czysty oszczędza matce zakażenia. Tamponowanie pochwy przy krwotoku do czasu dobrowolnego otwarcia się szyjki na 2 palce jest bezcelowem, bo nie usuwa niebezpieczeństwa krwawienia do wewnątrz i ułatwia zakażenie. Forsowanie obrotu przy szyjce otwartej na dwa palce naraża zaś szyjkę przy łożysku przodującem więcej na pęknięcie aniżeli Bossi-Frommer przy swem rozszerzaniu do Nr. 6 ew. 7.

Nie rozumiem, dlaczego przypadki gorączkowe, zakażone spowodu przeciągania się porodu mają być przeciwwskazaniem dla zastosowania metody Bossi-Frommer'a (Bocheński). Od szybkiego zakończenia porodu zależy w tych wypadkach los rodzących. Najszybciej możemy dokonać tego przy całkowicie lub częściowo zamkniętej szyjce zapomocą przyrządu Frommer'a usuwając przez to niebezpieczeństwo długotrwałego ucisku części przodującej na ściany macicy. Bocheński podnosi, że *„wskutek powstałych nadżarć nawet nieznacznych od Bossi'ego zakażenie może się rozszerzyć"*. Wiemy jednak, że ani prawidłowy a tem więcej przeciągający się poród, ani balon czy cięcie szyi nie zabezpieczają rodzącej przed podobnemi *„nadżarciami"* a Bossi-Frommer nie jest pod tym względem gorszym. Niebezpieczeństwo zakażenia tkwi zresztą nietyle w pęknięciach szyjki, ile w długotrwałym ucisku na jej ściany i w zmienionych przez to warunkach krążenia ułatwiających szerzenie i rozwijanie się zakażenia. Gdyby było inaczej, każdy zabieg byłby przeciwwskazanym, a najwięcej cięcie Dührsen'a. W dwu moich przypadkach po rozszerzeniu szyi Frommer'em i ukończeniu porodu ustąpiły objawy zakażenia w ciągu 24 godzin a dalszy przebieg połogu był bezgorączkowy.

Frommer uważa za przeciwwskazanie użycia swego rozszerzadła przy przewlekłych porodach, w których długi ucisk przodującej główki wywołuje upośledzenie krążenia w dolnym odcinku macicy z następowym obrzękiem warg ujścia macicznego. Nie mam doświadczenia w tym kierunku. Spróbowałem

jednak z bardzo dobrym skutkiem rozszerzadła Frommer'a w przypadku, gdzie przy przeciągającym się porodzie, przedwczesnem odpłynięciu wód i poprzecznem ułożeniu płodu bark wklinowujący się w zamknięte ujście wewnętrzne upośledzając krążenie wywołał bardzo silny obrzęk warg macicznych (L. 417/933. Tekla M. Gr. IV). Przypadek ten był powikłany przez wypadnięcie macicy. O założeniu balonu nie było mowy, podobnie o cięciu cesarskiem brzusznem. Rozszerzyłem zapobiegawczo szyjkę Frommer'em celem wykonania obrotu w możliwych jeszcze warunkach. Rozszerzanie trwało 99 minut. Połóg był bezgorączkowy. Obrzęk warg ustąpił w krótkim czasie. Gdy i w tym przypadku nie dało się wykryć widocznego obrażenia szyjki, wartałoby przeprowadzić kontrolne rozszerzenia lub próby rozszerzenia również w przypadkach, o których wspomina Frommer, a może odpadłoby przeciwwskazanie z tej strony dla użycia jego rozszerzadła.

Teren zastosowania Bossi-Frommer'a jest więc bardzo rozległy. Wszędzie, gdzie okoliczności zmuszają lekarza do szybkiego lub natychmiastowego ukończenia porodu przy zamkniętej lub częściowo otwartej szyjce macicy lub do opróżnienia ciężarnej macicy w jednym z późniejszych miesięcy ciąży, Bossi-Frommer może oddać lekarzowi w jego praktyce prywatnej nieocenione usługi. Przeważnie będą to wskazania ze strony matki, wyjątkowo ze strony dziecka, a więc: ciężkie choroby płuc i serca grożące katastrofą wskutek dalszego trwania ciąży lub przeciągania się porodu, zapalenia nerek, mocznica, choroba Basedow'a, przeciąganie się I-go okresu porodowego grożące pęknięciem macicy lub zakażeniem, krwotoki przy łożysku przodującem w ciąży lub porodzie, przedwczesne odklejenie się łożyska, stan padaczkowy, rzucawka ciężarnych i porodowa i inne ciężkie zatrucia ciążowe, zaśniad groniasty i t. p.

Ostrzeżenie Winter'a przed Bossi'm w ciąży nie ma uzasadnionej podstawy. Praktyk nie ma bowiem innego sposobu lepszego i pewniejszego, by szybko otworzyć szyjkę macicy w każdym okresie ciąży od 4-go miesiąca w górę. I właśnie daleko częściej w ciąży zmuszony jest lekarz do tego, aniżeli wśród porodu. Od wysokości ciąży będzie zawisłym stopień rozszerzenia szyjki przyrządem Frommer'a (od Nr. 5 do Nr. 9, 10, skali przyrządu). Przypadki ciążowe, rozszerzane Frommer'em uwypuklają jeszcze jedną stronę dodatnią tego rozszerzadła. Ugniot ramion przyrządu na zwoje szyjowe macicy wywołuje z jej strony czynność porodową. W czasie rozszerzania zjawiają się bóle, które chora odczuwa jako typowe porodowe. Wyrazem współdziałania skurczów macicy z pracą mechaniczną Bossi'ego są: stawianie się i poród pęcherza płodowego w wnętrze stożka utworzonego przez pręty rozszerzadła Frommer'a, rodzenie się zaśniadu groniastego lub części przodującej płodu do środka przyrządu. W dwu moich przypadkach urodził się całkowicie zaśniad groniasty w czasie zabiegu, w innych tylko jego kawałki tak, że resztę zaśniadu musiałem dodatkowo usunąć ręcznie. To samo obserwujemy przy rozszerzaniu szyi metodą Bossi-Frommer'a w czasie porodu. Słabe bóle porodowe zwiększają się a zamarłe występują na nowo. Rozpoczętą czynność porodową przyrządem Frommer'a można jeszcze wzmocnić przez zastrzyk pituitryny. Z chwilą zjawienia się skurczów macicy w czasie zabiegu rozszerzanie dalsze szyjki dokonuje się, jeżeli tak można napisać, niejako w warunkach fizjologicznych pod wpływem skurczów macicy, z któremi współdziała w miejsce pęcherza płodowego i mięśni szyi — rozszerzadło Frommer'a.

Rozszerzyłem szyjkę w latach 1921—1933 w 97 przypadkach, a to:

2 razy z następowem wymóżdżeniem przy przeciąganiu się I-go okresu porodowego, częściowo rozwiniętej szyjce, zamkniętem ujściu zewnętrznem, stojącym pęcherzu płodowym i wpartej główce, spowodu rozpaczliwej niedomogi serca, grożącej katastrofą, opierającej się wszelkiemu leczeniu.

8 razy z tego samego powodu w ciąży (4 w V-ym, 1 w VI-ym, 2 w VII-ym, 1 w VIII-ym m.) z obrotem na nóżkę i wymóżdżeniem w trzech ostatnich przypadkach.

7 razy spowodu gruźlicy płuc (w tem 2 razy i krtani) z charłactwem i hektycznemi ciepłotami (2 w VI-ym m., 3 w VII-ym m., 1 w VIII-ym m. i 1 w IX-ym m. z dziećmi żywemi w dwu ostatnich przypadkach).

4 razy spowodu zapalenia nerek z amaurozą i grożącą mocznicą (2 w VII-ym m., 2 w VIII-ym m.) z obrotem i wymóżdżeniem.

1 raz spowodu zapalenia nerek i ciężkiej niedomogi mięśnia sercowego przy zamkniętej szyjce (obrót z dzieckiem żywem).

1 raz przy chorobie Basedowa spowodu wskazań ze strony serca w IX-ym m. z obrotem i ekstrakcją żywego dziecka.

1 raz spowodu *status epilepticus*, trwającego trzy dni, w VI-ym m., z natychmiastowem opróżnieniem macicy obrotem.

1 raz przy położeniu poprzecznem, zamkniętej szyjce, przedwczesnem odpłynięciu wód, przeciągającym się porodzie, bardzo silnym obrzęku warg macicznych i wypadnięciu macicy, z obrotem i ekstrakcją płodu zamartwiczego, którego nie dało się przywrócić do życia.

2 razy z następowem wymóżdżeniem spowodu przeciągającego się I-go okresu porodowego z objawami rozwijającego się zakażenia przy całkowicie zamkniętej szyjce.

4 razy przy przeciągających się porodach przedwczesnych z objawami rozpoczynającego się zakażenia przy zamkniętej szyjce (2 w VI-ym m., 2 w VII-ym m.).

5 razy spowodu przedwczesnego odklejenia się łożyska z gwałtownym krwotokiem (z tego 3 razy w I-ym okresie porodu, 1 raz w VI-ym m., 1 raz w VIII-ym m.).

6 razy spowodu krwotoku prawie śmiertelnego przez przodujące łożysko z chwilą rozpoczęcia się porodu (rozszerzenie szyjki do Nr. 7-go, obrót i dalsze rozszerzanie ciałem płodu).

16 razy spowodu łożyska przodującego z ciężkiemi krwotokami (5 w V-ym m., z natychmiastowem opróżnieniem macicy, 2 w VI-ym m., 8 w VII-ym m. i 1 w VIII-ym m. z Braxtonem-Hixem w ostatnich przypadkach).

20 razy przy rzucawce porodowej (2 razy w I-ym okresie porodowym z bólami, z dobyciem drogą obrotu w obu przypadkach dzieci żywych, 2 razy w VI-ym m., 8 razy w VII-ym m., 7 razy w VIII-ym m., z trojgiem dziećmi żywemi i 1 raz w IX-ym m. z dzieckiem żywem).

11 razy przy zaśniadzie groniastym (3 razy w VI-ym m., 6 razy w IV-ym m., 2 razy w V-ym m.).

5 razy przy *hyperemesis gravidarum* (3 w IV-ym m., 2 w V-ym m.) z chwilą wystąpienia ogólnych objawów zatrucia i pojawienia się bilirubiny w moczu z natychmiastowem opróżnieniem macicy.

2 razy spowodu ciężkiej pląsawicy ciążowej u pierwiastek (1 raz w IV-ym m., 1 raz w V-ym m.).

1 raz spowodu *toxicodermia gravidarum* w V-ym m. z ciężkiemi objawami ze strony serca i upadkiem sił.

Z jakiejbądź strony zechce kto patrzeć się na metodę Bossi-Frommer'a, czy od strony przytoczonych cyfr i głosów pochodzących z obozu przeciwników Bossi'ego, czy od strony mojej statystyki lub ocen Bossi'ego przez Bardeleben'a, Leopold'a, Wyder'a, Frommer'a i innych, musi przyznać pierwszorzędną wartość metodzie Bossi-Frommer'a, dostępnej dla lekarza w jego praktyce prywatnej, przed innemi metodami rozszerzania szyjki macicy na tępo.

---

## BIBLJOGRAFJA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

### Piśmiennictwo polskie.

*Ginekologja Polska*. Nr. X—XII. 1933. L. Havlasek: Przyczynek do leczenia radem i chemoterapji raka macicy. — H. Beck: Postępowanie w zakażonych przypadkach missed labour. — M. Kowalski: Kilka uwag o warunkach atmosferycznych w salach operacyjnych. — B. Stępowski: Przetoka pęcherzowo-pępkowa, ujawniona w czasie ciąży. — M. Segał i J. Dworecki: Torbiel jajnika, zakażona pałeczkami Ebertha. — J. Perl: Przyczynek do statystyki zakrzepów i zatorów popołogowych i pooperacyjnych. — W. Zaleski: W sprawie rozpoznawania i leczenia adenomyosis. — T. Zawodziński: Materjały do badań mięśniaków macicy.

*Przegląd Weterynaryjny*. Nr. 1. 1934. T. Konopiński i M. Próchnicki: Krytyczna ocena znaczenia rekordów mleczności dla racjonalnej hodowli bydła. — Weiss A.: Uwagi anatomiczne o gruźlicy nierogacizny na podstawie statystyki rzeźni w Katowicach. — Sidor K.: Sprawy wypryskowe u psów i koni i ich leczenie bromkiem sodu. — Żuliński T.: Ciekawa przyczyna śmierci psa. — Węglorz K.: Encephalomyelitis suum.

*Medycyna*. Nr. 3. 1934. J. Frydman: Cukrzyca a zaburzenia układu krążenia. — A. Ławrynowicz: Wartość porównawcza podstawowych metod diagnostyki bakterjologicznej zakażenia gruźliczego. — T. Zwoliński: Skrobanie macicy, jego wartość lecznicza i niebezpieczeństwa z niem związane. — A. Piotrowski: Przypadek rażenia prądem sinusoidalnym o napięciu 49—59 V. podczas seansu t. zw. sugestji elektrycznej. — T. Teisinger: Niedowład pochodzenia ośrodkowego z objawami

pozapiramidowemi na skutek przewlekłego otrucia dwusiarczanem węgla. — F. Przesmycki: Rola Zakładu Higjeny w zwalczaniu epidemij w Jugosławji, na Węgrzech, w Czechosłowacji i Danji.

*Lekarz Wojskowy*. Nr. 3. 1934. K. Levittoux: Stanowisko chirurga wobec rannych zagazowanych i zaiperytowanych. — S. Sterling-Okuniewski i E. Grodzieński: Przyczynek do występowania dusznicy bolesnej u starców. — S. Englert: Przypadek surowiczego zapalenia opon mózgowych. — J. Korczakowski: Pourazowe podskórne pęknięcie wątroby. — J. Jakóbkiewicz: Kilka spostrzeżeń dotyczących służby sanitarnej w polu na podstawie wspomnień z armji rosyjskiej. — C. Głowiński: Wystawa budownictwa wojskowego.

## OCENY.

*Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. (Podręcznik medycyny sądowej)*. Prof. Dr. F. REUTER. Urban u. Schwarzenberg. Berlin, Wiedeń 1933. Stron XIV i 609. Z 19 rycinami w tekście i 2 tablicami barwnemi. Cena w oprawie 20 Rmk.

Nowy podręcznik medycyny sądowej, wydany po raz pierwszy przez prof. R., dyrektora Zakładu med. sąd. w Gracu, ucznia E. Hofmanna, Koliski i Haberdy, poświęcony jest A. Haberdzie. Podręcznik ten oparty o ustawodawstwo austrjackie i niemieckie współczesne odbiega pod kilku względami od dotychczasowego typu niemieckich podręczników medycyny sądowej. Przedewszystkiem uwzględnia niezwykle obszernie zagadnienia z zakresu prawa karnego i cywilnego, kryminologji, psychologji i socjologji („istota przestępstwa, jego przyczyny, osobowość przestępcy, psychologja zeznań, statystyka np. samobójstw"), następnie nie ogranicza się do omówienia przepisów prawnych, odnoszących się do lekarza jako znawcy sądowego, lecz rozpatruje t. zw. prawo lekarskie a więc np. stosunek lekarza do chorego, prawo i obowiązek wykonywania operacji, tajemnicę zawodową, odpowiedzialność lekarza karną i cywilną, upoważnienie do wykonania sterylizacji i t. p. Część poświęcona psychopatologji ogranicza się tylko do rozważenia problemów poczytalności i zdolności do działania prawnego. Właściwa treść, objęta częścią szczegółową, odbiega o tyle od zwykłego sposobu jej przedstawiania, że pomija opisy sposobów badania (opis badania śladów krwi i włosów mieści się na 11 stronach, opis badania krwi przy dochodzeniu ojcostwa na 1½ stronie). Brak tych opisów w podręczniku usprawiedliwia R. tem, że badania odnośne mogą być wykonywane tylko w pracowniach a więc nie przez każdego znawcę i wymagają osobnych podręczników, poświęconych wyłącznie technice badań sądowo-lekarskich. Wreszcie uderza w całym tekście zupełne pominięcie literatury, a nawet przemilczanie nazwisk badaczy-medyków sądowych. Wobec tego zwraca tem bardziej uwagę obszerne omówienie z wymienieniem nazwisk sposobu wykrywania CO we krwi, podanego przez nas z Sieradzkim. Autor podręcznika zwalczał długo nasz sposób, który obecnie już uznaje jako „z różnych stron w ostatnim czasie gorąco zalecany". *L. Wachholz* (Kraków).

*Diagnostic clinique de l'arythmie complète. (Diagnostyka kliniczna niemiarowości zupełnej)*. IZABELLA D'ORNANO. G. Doin et Cie. Paryż. 1933. Str. 122. Cena 25 fr. fr.

Monografja, zajmująca się tak względnie częstą postacią niemiarowości serca a będącą wyrazem zewnętrznym drżenia przedsionków, jest opracowana z myślą dania podstaw rozpoznawczych lekarzowi praktycznemu, mieszkającemu zdala od wielkich centrów naukowych i niemogącemu korzystać z elektrokardjografu i innych dodatkowych środków rozpoznawczych. Autorka podnosi więc przedewszystkiem wskazówki rozpoznawcze, do których praktyk może dojść tylko zapomocą wywiadów i codziennego badania klinicznego, drogą oglądania, obmacywania, opukiwania i osłuchiwania. Rozpatrywania swoje objaśnia przytem licznemi historjami chorób, w których najbardziej rzucającym się w oczy objawem jest niemiarowość zupełna serca. W krótkości autorka uwzględnia także etjologję i tło anatomiczne jak i funkcjonalne tej tak klinicznie częstej postaci niemiarowości serca. Monografję zamykają zwięźle ujęte uwagi prognostyczne omawianego objawu. *M. Franke* (Lwów).

*Tuberkulose, Charakter und Handschrift. (Gruźlica, charakter i pismo)*. W. SCHOENFELD i K. MENZEL. Nakładem R. M. Rohrera, Berno Czeskie. Praga-Lipsk-Wiedeń.

Płynnie i jasno pisana książeczka dla każdego zajmującego się problemami psychologji. Dla nas lekarzy dzieło to stanowi zupełnie coś nowego w literaturze lekarskiej. Podczas gdy dotychczas wszystkie próby wyjaśnienia psycho-fizycznych wzajemności nie wyszły poza obręb subjektywnie zabarwionych dedukcyj, starają się nasi autorowie zapomocą naukowej grafologji, a więc na podstawie zupełnie realnej, objektywnie oświetlić psychopatologiczne objawy u gruźliczych. Słusznie podkreślają wielokrotnie, że ich metoda badania nie ma zamiaru ani pretensji, by stać się pomocniczym środkiem rozpoznawczym. Na 1000 próbach pisma u 400 chorych studjują autorzy na podstawie teorji Klagego, znany nam t. zw. „charakter gruźliczy", i czy pewne odchylenia w piśmie są zależne od pewnych patologicznych zmian sprawy chorobowej. Teraźniejsza medycyna domaga się coraz bardziej wybudowania nowej psychofizyki. Zwłaszcza charakter choroby gruźliczej i jej sposoby leczenia atakują trwale ustrój nerwowy chorego. Te zmiany psychopatologiczne są punktem wyjścia dla tak pięknej w ostatnich latach energicznie propagowanej terapji pracy. W tym kierunku daje nam to dzieło dużo nowego. Pouczające są ilustracje w związku z indywidualną analizą przypadków. Druga część zajmuje się odchyleniami kształtu i formy pisma zależne wprost od patomorfologicznych zmian chorobowych, w pierwszym rzędzie na podkładzie duszności, notowanej spirografją. Krytyczny przegląd piśmiennictwa daje możność dalszego pogłębiania znajomości materjału. Broszurka zasługuje na rozpowszechnienie u lekarzy i psychologów.

*Prym. Dr. H. Edel* (Janov-Mirošov, CSR.).

*Die Heilstaettenbeduerftigkeit im Kindesalter. (Konieczność leczenia w zakładach leczniczych we wieku dziecięcym)*. Dr. KURT KLARE. Stuttgart. Ferdinand Enke 1933.

Autor segreguje te postacie gruźlicy, które się nadają do leczenia w sanatorjach, od tych, dla których to leczenie jest bez korzyści i na które szkoda ofiar materjalnych. Według autora leczenie w sanatorjach jest kosztowne i nie zawsze potrzebne i dlatego uważa, że przed umieszczeniem w sanatorjum powinno się dzieci takie obserwować i dokładnie rozmaitemi metodami przebadać w szpitalach. Autor specjalnie omawia gruźlicę gruczołów wnękowych, szyjnych, zmiany w opłucnej, gruźlicę chirurgiczną, skórną i otwartą gruźlicę płuc. Zasługuje na uwagę znaczenie, jakie autor przypisuje odczynowi opadania krwinek. Uważa, że jeżeli klinicznie i rentgenologicznie nie stwierdzono objawów gruźlicy i jeżeli dwukrotnie wykonane opadanie krwinek jest w granicach normalnych, niema konieczności poddawania dziecka leczeniu sanatoryjnemu. Nie mogę pominąć milczeniem, że autor wkońcu oddaje modny obecnie pokłon w stronę polityki i uważa, że „w nowem Państwie niemieckiem powinno się tylko leczyć dzieci pochodzące z rodzin pełnowartościowych".

*Dr. Jan Landau* (Kraków).

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

### Patologja.

*W sprawie wpływu układu wewnętrzno-wydzielniczego na cholesterynemję i lecytynemję*. INGLESSI. Pathologica. 1933. Nr. 506.

W doświadczeniach na psach doszedł Inglessi do następujących wyników: Tyroksyna wywołuje spadek, albo wzrost z następującym spadkiem ilości cholesteryny we krwi i lecytynemję. Adrenalina zawsze zwiększa ilość cholesteryny, a zmniejsza ilość lecytyny. Hipofizyna działa przeciwnie, wywołuje hipocholesterynemję i hiperlecytynemję. Insulina nie wywiera jednakowego zawsze wpływu, raz wywołując zwiększenie, kiedyindziej znów spadek zawartości obu lipoidów we krwi. Pod działaniem wszystkich tych substancyj stosunek ilościowy cholesteryny do lecytyny we krwi zawsze się zmienia. *C.* (Kraków).

*Rola gruczołu podpęcherzowego w patogenezie przerostu stercza*. F. JOVINO. Pathologica 1933. T. XXV. Nr. 505.

W przeroście gruczołu krokowego oprócz okołocewkowych grup gruczołowych ma znaczenie grupa gruczołowa, leżąca poniżej ujścia pęcherzowego cewki moczowej, nazwana przez Albarrana „podszyjkową" *(glandulae subcervicales)*. Grupa ta, u płodu słabo zaznaczona, staje się według badań autora bardzo czynną już w pierwszym okresie życia pozamacicznego, a w starości spotyka się tu często rozrost podścieliska o charakterze włókniakowatym; wkońcu dojść może do wytworzenia się w obrębie szyjki pęcherza przerostu tej grupy gruczołowej o charakterze gruczolakowatym. Sprawy te i częstość sadowienia się ich w owych gruczołach „podszyjkowych" tłumaczy autor tem, że leżą one najbliżej błony śluzowej pęcherza i cewki moczowej

i stąd też najłatwiej ulegają sprawom zakaźnym zapalnym, wiodącym do przerostu; przytem przypuszcza autor, że główną rolę odgrywa tu pałeczka okrężnicy *(Bact. coli)*, dostając się do tych gruczołów nietylko od dróg moczowych, ale niekiedy wkraczając do nich poprzez ścianę bańki odbytnicy *(ampulla recti)*.

*C.* (Kraków).

*Zagadnienie opacznego pobierania wody* (t. zw. *perspiratio insensibilis negativa*). E. URBACH. Med. Klin. Nr. 33, 1933.

Udaje się stwierdzić, że niektórzy ludzie są w stanie wydzielić więcej moczu niż pobrali płynów, nie tracąc zupełnie na wadze, lecz przeciwnie przybierają na wadze. Autor opisuje przypadek kiły złośliwej, który dobrze znosił leczenie swoiste, lecz w jakiś czas później chora zaczęła wydzielać więcej moczu, niż pobierała płynów, ani nie odczuwając większego pragnienia, a przybrała około 16 kg na wadze. Autor przyjmuje w tych razach istnienie anatomicznego uszkodzenia (w opisanym przypadku na tle kiły) tych części mózgu, które zawiadują gospodarką wodną.

*Z. Godlowski* (Kraków).

*O gruźliczej splenomegalji, przebiegającej z marskością wątroby.* G. HAESSELBARTH. Ztsch. f. klin. Med. Bd. 124. S. 525—531.

Zmiany gruźlicze w śledzionie mogą być czworakiego rodzaju: ostra prosówka, postać serowato-guzowata, t. zw. zawał gruźliczy i splenomegalja gruźlicza. Najrzadszą postacią jest właśnie splenomegalja. Autor opisuje przypadek 34 l. mężczyzny z gruźlicą jamistą płuc z tendencją do gojenia, z gruźlicą gruczołów obwodowych limfatycznych, ze splenomegalją (śledziona ważyła 1700 g), zmianami gruźliczemi w kłębkach Malpighi'ego, z marskością wątroby. Autor przyjmuje uszkodzenie przez toksyny gruźlicze miąższu wątrobowego z następowym rozrostem tkanki łącznej. Zejście śmiertelne spowodu krwotoku z żylaka przełyku.

*H. Długosz* (Lwów).

*Padaczka doświadczalna u morskiej świnki.* PH. PAGNIEZ, A. PLICHET i N. K. KOANG. Pres. Méd. Nr. 59. 1933.

Jeszcze w r. 1850 podał Brown-Séquard sposób wywoływania doświadczalnej padaczki u świnki morskiej, późniejsi badacze częściowo potwierdzili, a częściowo zaprzeczyli możliwości wywoływania napadów skurczów epileptycznych. Autorowie zajęli się dokładniej tą sprawą, ponieważ przez poznanie mechanizmu powstawania sztucznej padaczki można będzie lepiej zrozumieć mechanizm powstawania napadów padaczki u ludzi. Doświadczalna padaczka powstaje u morskich świnek w około 12 dni po przecięciu nerwu kulszowego. Drażnienie skóry w okolicy szyi lub głowy po stronie porażonej łapki przez szczypanie powoduje odruch drapania skóry, co następowo prowadzi do wystąpienia typowego napadu padaczki z utratą świadomości, ze skurczami tonicznemi i klonicznemi. Takie napady można u zwierzęcia kilkakrotnie wywoływać aż do zupełnego zmęczenia. Taka doświadczalna padaczka po przecięciu nerwu kulszowego występowała u zwierząt operowanych przez autorów w blisko 50%. Znacznie lepsze wyniki, bo prawie u wszystkich zwierząt uzyskiwali epilepsję, jeśli w kilkanaście dni po przecięciu nerwu amputowali porażoną łapkę. U takich zwierząt można niejednokrotnie przez podrażnienie skóry szyi wywołać serję napadów padaczkowych. Taki stan utrzymuje się u zwierząt bardzo długo, u niektórych całemi miesiącami aż do śmierci, u innych po kilku miesiącach ustępuje.

Padaczka doświadczalna świnek morskich prawie nie podlega wpływom środków farmakologicznych. Autorowie mogli stwierdzić, że u takich świnek łatwiej występują napady pod wpływem strychniny lub pikrotoksyny, podanej w dawkach niewywołujących jeszcze skurczów, natomiast insulina, jakoteż środki działające na układ para- i oto-sympatyczny jak adrenalina, atropina, pilokarpina pozostały bez wpływu. Podobnie nie mają wpływu hamującego środki nasenne, jak wodnik chloralu, pochodne barbiturowe, sulfonale i inne, tylko brom podany dożylnie w dużych dawkach jest w stanie powstrzymać napady. Natomiast można niedopuścić do napadów przez zahamowanie odruchu drapania przez znieczulenie kikuta łapki nowokainą lub przez inhalację eteru. Patogeneza takiej sztucznie wywołanej padaczki nie jest jasna, wywołać można ją tylko u morskich świnek, wystąpienie takiej nadczułości padaczkowej prawdopodobnie zależy od wytworzenia się nerwiaka w przeciętym nerwie kulszowym. Autorowie przytaczają wiele przykładów padaczki u ludzi, która występowała też odruchowo wskutek podrażnienia pewnej okolicy nadczułej i przypuszczają, że dokładniejsza obserwacja i badania doświadczalne pozwolą lepiej poznać mechanizm powstawania padaczki.

*Skowroński* (Lwów).

*Drobnowidowe badanie zwojów współczulnych.* CRAIG A. KERNOHAN. Surg. Gyn. a. Obst. LVI/4. 1933.

Badania przeprowadzono w przypadkach choroby Raynauda, przewlekłego zakaźnego zapalenia stawów i sklerodermji. Badania nie wykazały zmian naczyniowych, które wahają się w granicach prawidłowych. Również rodzaj schorzenia nie wpływa na obraz mikroskopowy zwojów. Nieliczne nagromadzenie ciałek białych znachodzono we wszystkich zwojach, również w kontrolnych. Autorowie przypuszczają, że są to zwyrodniałe komórki torebkowe lub oddzielone komórki zwojowe. Komórki te znachodzono w grupach; nie znachodzono ich w pobliżu naczyń, jak to ma miejsce w stanach zapalnych. Napewno nie chodzi tu o fagocytozę. Również wzmożone odkładanie się barwika w niektórych przypadkach nie ma żadnego związku ze zmianami chorobowemi, w których zwoje zostały wyjęte.

Czynnik toksyczny powodujący schorzenia systemu naczyniowego nie wpływa bezpośrednio na zwoje. Ponieważ wyjęcie zwojów prowadzi do poprawy krążenia w schorzałych odcinkach, wydaje się, że zwoje odgrywają rolę stacji przeladowawczej bodźców idących z wyższych ośrodków, gdzie powstają zmiany chorobowe.

*Janik* (Iwonicz).

*Przyczynek do anatomji patologicznej płonicy pozagardłowej.* A. M. TROIZKAJA-ANDREEWA. V. A. Bd. 289. H. 3.

Za płonicę pozagardłową uważa autor wszystkie te przypadki płonicy, w których wrota zakażenia i zespół pierwotny znajdują się poza gardłem. Pracę swoją opiera na 16 sekcjach. Autor wykazuje identyczność obrazu histo-patologicznego zmian pierwotnych w gardle przy płonicy gardłowej, ze zmianami pierwotnemi pozagardłowemi w płonicy pozagardłowej, a więc: wielką skłonność do martwicy, wybitną twardość nacieków wskutek wysięku włóknikowego, obecność paciorkowców hemolitycznych w ogniskach martwicy i w naciekach okołomartwiczych, szerzenie się sprawy chorobowej wzdłuż naczyń, wysięk włóknikowy w zatokach gruczołów chłonnych i martwicę części środkowych gruczołu a w nich obecność paciorkowców hemolitycznych, ostry wybuch choroby. We wszystkich przypadkach podejrzanych autor radzi wykonać próbę Dick'a.

*J. Trella* (Kraków).

*O płonicy z pierwotną zmianą w płucach.* H. SSAWRIMOWITSCH. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 91. H. 1.

Autorka opisuje trzy przypadki płonicy u dzieci zmarłych w 4, 5 i 7 dniu choroby, gdzie w gardle i na migdałkach, (w miejscach więc, w których w płonicy typowo powstaje zapalenie) za życia poza nieznacznem przekrwieniem żadnych zmian nie stwierdzono. Natomiast w tych 3 przypadkach stwierdzono klinicznie zapalenie płuc, ograniczone do jednego płata i zapalenie wysiękowe opłucnej po tej samej stronie, na skórze zaś stwierdzono typową osutkę płoniczą. Obraz sekcyjny tych przypadków w całości potwierdził rozpoznanie kliniczne. Badaniem mikroskopowem wykazano zmiany w płucach o charakterystycznych właściwościach, odpowiadających zmianom anatomo-patologicznym w gardle i na migdałkach w przebiegu płonicy. Autorka uważa takie zapalenie płuc za zmianę płoniczą pierwotną.

*A. Syrek* (Kraków).

*Czy istnieje antagonizm między gruźlicą a niedokrwistością złośliwą?* M. BARRON. Jour. of the Am. Med. Assoc. 20. 1933.

W piśmiennictwie przytoczonem przez autora przeważa zdanie, że między gruźlicą a niedokrwistością złośliwą istnieje antagonizm. Fakt ten usiłowano wyjaśnić w rozmaity sposób: Mathias uważa, że może mniejsza ilość tlenu w ustroju nie sprzyja rozwojowi gruźlicy. Neuberger zaś tłumaczy, że rozpuszczanie zbyt dużej ilości ciałek czerwonych krwi, jakie ma miejsce przy niedokrwistości, nie jest korzystne dla gruźlicy. Autor na podstawie swojego materjału doszedł do wniosku, że taki antagonizm rzeczywiście istnieje i uważa, że nie można go tłumaczyć gorszem utlenianiem ustroju, bo wtedy gruźlica mogłaby wystąpić w okresach remisyj tak często spotykanych w przebiegu niedokrwistości. Przeciwko przyjęciu teorji Neubergera przemawia fakt, że nie spotykamy szczególnie często gruźlicy w *icterus haemolyticus congenitus*. Zdaniem autora antagonizm ten da się wytłumaczyć pewną różnicą konstytucjonalną: typy podatne do niedokrwistości trudniej zakażają się prątkiem gruźliczym i naodwrót.

W części szczegółowej swej pracy omawia autor 93 przypadków niedokrwistości złośliwej na 16.000 sekcyj. W żadnym z wspomnianych przypadków nie stwierdził gruźlicy przewlekłej czynnej. Spotykał jedynie stare zupełnie zagojone ogniska gruźlicze. W dwóch przypadkach wystąpiła jako powikłanie niedokrwistości ostra gruźlica prosówkowa. Na podstawie swego materjału dochodzi autor do wniosku, że równoczesne wystąpienie

czynnej przewlekłej gruźlicy i niedokrwistości złośliwej należy do wyjątków, natomiast łatwiej można się spotkać z gruźlica ostrą i niedokrwistością. *A. Selzer* (Lwów).

**Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.**

*Klinika tegorocznej grypy z uwzględnieniem hematologji.* G. ARNDT. Med. Klin. Nr. 37, 1933.

Najwyższe nasilenie grypy, według statystyki autora, przypada na miesiąc luty, co wiąże się ze stosunkowo nieznacznem oziębieniem, a dużemi opadami deszczowemi. Objawy grypy cechowały się bardzo wysoką gorączką, zwolnieniem tętna, bólami w dolnej części klatki piersiowej, łamaniami i bólami kończyn oraz objawami nieżytowemi górnych dróg oddechowych. W większości przypadków schorzenie dotyczyło mężczyzn. Powikłania płucne, jako zapalenia płuc wynosiły w odsetkowym stosunku 17%. Narząd krążenia bywał rzadko dotknięty, natomiast częste były powikłania nerkowe. Jako środek zapobiegawczy poleca autor stosowanie chininy w ilości 0,1 do 0,3 g dziennie. Obraz krwi był nietypowy; najogólniej można było stwierdzić leukopenję, ze zniknięciem c. kwasochłonnych. Po okresie gorączki, w którym wskutek toksycznego porażenia szpiku występowała leukopenja, następowało wzmożenie jego pracy, powodując następową leukocytozę, stopniowo opadającą w okresie zdrowienia do granic prawidłowych. *Z. Godlowski* (Kraków).

*O etjologji masowego wola.* F. F. ANDREJEW. Centr. Med. Żurn. 3—4. 1932.

Praca poświęcona sprawie etjologji masowego wola, obserwowanego u żołnierzy leningradzkiego garnizonu w r. 1929. Po ustaleniu braku w pożywieniu witamin C i A jako przyczyny wola, wprowadzono dożywianie dodatkowe w postaci 30.0 tranu, 500.0 niegotowanego mleka, 25.0 masła, 4 tabletek suchych drożdży piwnych po 0.5 i pół cytryny. Wynik był doskonały, gdyż stwierdzono wybitne zmniejszenie a nawet zniknięcie wola IV i V stopnia i poprawę stanu ogólnego przy utrzymaniu dotychczasowych zajęć. Autor wyodrębnia wole jako samoistną jednostkę nozologiczną, uważając za moment etjologiczny częściową awitaminozę. *M. Segal* (Lwów).

*Schorzenia reumatyczne układu nerwowego, szczególnie częste lecz nierozpoznawane, jako modne schorzenie u kobiet i dziewcząt.* R. MILNER. Med. Klin. Nr. 40, 1933.

Obecnie często stwierdza się w wysokim odsetku schorzeń dolegliwości, które należy zaliczyć do gośćca nerwów. W wielu bowiem tych schorzeniach udaje stwierdzić się obrzęki okostnej czy stawów lub współistnienia innego schorzenia gośćcowego, a nie udaje się stwierdzić cech schorzenia czynnościowego (histerja). Dolegliwości te zazwyczaj łączą się z częstemi przeziębieniami lub z wilgocią istniejącą przy wykonywaniu zawodu. Bóle w kończynach dolnych często bywają mylnie odnoszone do wadliwej budowy stopy (stopa płaska), zaś bóle nerwów tułowia, jako pochodzące ze schorzałych narządów wewnętrznych. Bóle gośćcowe nerwów ramieniowych często promieniują do stawu kruczodziubo-obojczykowego, do szyi, niekiedy do górnej części klatki piersiowej lub też przez samą kończynę do palców rąk. Cierpienie to najczęściej występuje u młodych kobiet, które w modnem ubraniu nie uwzględniają warunków łatwego przeziębiania się. Tak szeroko rozpowszechniony sport przyczynia się do tego schorzenia o tyle, że w porach roku deszczowych i zimowych, ludzie niebacznie obnażając się, łatwiej narażają się na przeziębienia. *Z. Godłowski* (Kraków).

*Wymioty wywolane czynnikiem odżywczo - alergicznym w łączności z niedocukrzeniem krwi.* P. K. EISELSBERG. Med. Klin. Nr. 39, 1933.

U chorej z opadnięciem trzewi, która cierpiała na wymioty, bóle o charakterze kolki żółciowej, migrenę, na czasami zjawiające się osłabienie, drżenie kończyn, poty, bicia serca, stwierdzono przewrażliwość na białko pokarmowe. Po zastosowaniu leczenia odczulającego preparatem peptonowym, dolegliwości te zupełnie ustąpiły. Autor przyjmuje, że objawy niedocukrzenia krwi były w tym przypadku późnym objawem wstrząsu odżywczo-alergicznego. *Z. Godłowski* (Kraków).

*W sprawie porażeń układu nerwowego po urazach prądem elektrycznym.* N. N. SYRENSKIJ i M. J. SAPAREW. Centr. Med. Żurn. Nr. 3—4. 1933.

W każdym nieszczęśliwym wypadku rażenia prądem elektrycznym możemy określić natężenie prądu z wyjątkiem przypadków rażenia elektrycznością atmosferyczną. Natomiast opór, jaki wytwarzają powłoki ludzkie, trudny jest do określenia, gdyż opór ten jest niestały i waha się w granicach od 2 tysięcy do 2 miljonów omów. Spośród tkanek i narządów organizmu ludzkiego prócz skóry, największy opór wytwarzają pnie nerwowe, najmniejszy — mózg i rdzeń pacierzowy. Określając objawy neurologiczne, należy odróżnić objawy wczesne — bezpośrednio po urazie i objawy następowe.

Bezpośrednio po urazie mogą wystąpić mniej lub więcej ciężkie objawy mózgowe: pierwotna utrata przytomności, drgawki, zaburzenia sfery czuciowej; jako objawy następowe — porażenia. Porażenia układu nerwowego obwodowego przy rażeniu prądem technicznym — są rzadkie, w przeciwstawieniu do porażeń elektrycznością atmosferyczną. Największą grupą porażeń układu nerwowego prądem są zaburzenia czynnościowe. *M. Segal* (Lwów).

*Schorzenie podobne do sprue lub pellagry.* C. FROBOESE i E. THOMA. Ztschr. f. Klin. Med. B. 124, S. 478—489.

46-letnia kobieta wykazywała z jednej strony objawy *sprue* (chroniczne, okresowe biegunki, czasem kał obfity, pienisty, wzdęcie brzucha, niedokrewność wtórna, *glossitis* i *stomatitis*, niedokwaśność żołądka, objawy tężyczki) z drugiej strony makro- i mikroskopowe zmiany skóry jak w rumieniu lombardzkim *(pellagra)*. Ten przypadek, jak podobne w ostatnich latach opisane, świadczy o pokrewieństwie między *sprue* a rumieniem lombardzkim. Dokładny opis kliniczny i anatomo-patolog. Autor sądzi, że powinno się w przyszłości poświęcić więcej uwagi zmianom w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem, szczególnie w nadnerczach. *H. Dlugosz* (Lwów).

*Mnogi szpiczak a zmniejszona ilość białka we krwi.* W. CHESTER (New York). Ztsch. f. Klin. Med. B. 124. S. 466—477.

Opis 2 własnych przypadków szpiczaka mnogiego (w jednym nacieki szpicz. w płucach), które przebiegały ze zmniejszeniem ilości białka we krwi. Po diecie obficie białkowej — poprawił się stan ogólny, ilość białka we krwi zwiększyła się. Objawy szpiczaka mnogiego z towarzyszącem niedożywieniem przypominają klinicznie obraz nerczycy, dlatego nerczycę rozpoznawać ostrożnie. Wprawdzie w przebiegu szpiczaka mnogiego występuje nerczyca ze zwyrodnieniem kanalików i następowym rozrostem tkanki łącznej, lecz wtedy stwierdza się: azot pozabiałkowy wyższy, zmniejszoną zdolność nerek, zagęszczanie moczu, białko w moczu, złogi wapniowe w nerkach, białko Bence-Jones'a, brak obrzęków, ciśnienie i dno oka normalne. Zmniejszona ilość białka we krwi nie jest charakterystyczna dla nerczycy w przebiegu szpiczaka, gdyż zależy od niedożywienia. *H. Dlugosz* (Lwów).

*Guz w jamie brzusznej rzadko napotykany.* R. C. BIZZOZERO. El Dia Médico. Nr. 8. 1933.

Pacjentka 24 letnia, chora od 3 miesięcy skarżyła się na osłabienie, znaczną utratę wagi ciała i częste moczenie. Nad prawym talerzem biodrowym guz twardy, nieco bolesny, nieruchomy oddechowo, nie przemieszcza się w zależności od położenia ciała. Guz ten okazał się ropnem, gruźliczem zapaleniem miedniczek nerki ektopicznej. *Mester* (Kraków).

*Przypadek wtórnej nerczycy lipoidowej.* A. WEISSMAN. Med. Klin. Nr. 37, 1933.

Po przebyciu ostrego zapalenia nerek wystąpiły objawy nerczycy lipoidowej, którą autor uważa za wtórną. Ponieważ wystąpiły silne obrzęki, zmniejszenie się bardzo znaczne ilości moczu, dlatego dla celów leczniczych wykonano usunięcie torebki, początkowo jednej, a następnie i drugiej nerki. Badaniem drobnowidowem wycinka próbnego z nerki, pobranego w czasie zabiegu, potwierdzono całkowicie rozpoznanie kliniczne. Po zabiegu operacyjnym zmniejszył się bardzo wybitnie białkomocz, obrzęki prawie ustąpiły, a moczenie znacznie się wzmogło. *Z. Godłowski* (Kraków).

*Przypadek zatrucia emetyną.* M. J. BARILARI i A. MARTINEZ. El Dia Médico. Nr. 8. 1933.

Chlorek emetyny wstrzykiwano codziennie à 0,05 g 16-letniej pacjentce — w ogólnej ilości 1,2 g. Objawy zatrucia były następujące: osłabienie, bóle neuralgiczne, znaczne przyśpieszenie tętna, duszność, hipotensja, zniesienie odruchów skórnych i ścięgnistych — zniesienie czynnej ruchomości — tak, że chora nie mogła chodzić ani stać. Chorej podawano środki nasercowe; po 20 dniach opuściła szpital jako zdrowa. *Mester* (Kraków).

### Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

*Torbiele kostne, a guzy olbrzymiokomórkowe.* B. FREJKA. Slovansky Sbornik Ortopedicky. R. VIII. 1933. 2. 5.

F. opisuje przypadek guza olbrzymiokomórkowego szyjki kości udowej u kobiety 20 letniej, powstałego prawdopodobnie w jamie po otorbionej sprawie gruźliczej, przebytej w dzieciństwie. F. uważa guzy olbrzymiokomórkowe za reakcję kości na istnienia jamy. Pozatem omawia klinikę torbieli kostnych, włóknistego zapalenia kości, guzów olbrzymiokomórkowych oraz obecne zapatrywania na ich stosunek do siebie. *Gruca* (Lwów).

*Porażenia przy gruźlicy kręgów.* J. VLCEK. Slovansky Sbornik Ortopedicky. R. VIII. 1933. 2. 5.

Opis przypadku chłopca 9 letniego z gruźlicą kręgosłupa piersiowego, u którego w dzień po operacji Albeego wystąpiło zupełne porażenie kończyn dolnych w następstwie obrzęku pooperacyjnego. Porażenie cofnęło się bardzo powoli.

*Gruca* (Lwów).

*Wartość promieni Roentgena w rozpoznawaniu niedrożności.* OCHSNER. Surg. Gyn. a. Obst. LVI/4. 1933.

Praca ma charakter doświadczalny. Wielkie znaczenie promieni R. we wczesnem rozpoznawaniu niedrożności potwierdziły badania autora. Niedrożność może być wykazana rentgenologicznie w pierwszych godzinach dzięki gromadzeniu się gazów w odcinku dośrodkowym jelita, mimo że w pierwszych godzinach nagromadzenie się gazów jest jeszcze nieznaczne. Im niższa niedrożność, tem obfitsze bańki gazowe, stąd też rentgenogramy w niskiej niedrożności są pewniejsze, zwłaszcza gdy daje się równcześnie wykazać obecność płynu. *Janik* (Iwonicz).

*Odporność gojących się ran na zakażenie.* DU MORTIER. Surg. Gyn. a. Obst. LVI/4. 1933.

Odporność jest najmniejsza w pierwszych 6 godzinach, poczem odsetek zakażeń i siła zakażenia się obniżają aż do 5 dnia: w 5 dniu po zabiegu odporność rany na zakażenie równa się odporności nienaruszonej skóry. *Janik* (Iwonicz).

*Rak poprzecznicy.* RAIFORD. Surg. Gyn. a. Obst. LVI/4. 1933 r.

Z 297 przypadków raka kiszki tylko w 22 (7.3%) znaleziono raka poprzecznicy. Raki te stosunkowo rzadko zajmują system chłonny. Istnieje skłonność do przerzutów do wątroby. Częściej rak ten zrasta się z żołądkiem lub siecią i daje objawy wspólne z rakiem żołądka. Większość przebiega w postaci pierścieniowatego zwężenia z następowemi objawami niedrożności jelitowej. Najlepsze leczenie to wczesne doszczętne wycięcie. Tylko w 3-ch przypadkach (z 22) operowani żyli ponad 5 lat.

*Janik* (Iwonicz).

*Plastyka dachu panewki w zwichnięciach wrodzonych biodra.* B. FREJKA. Slovansky Sbornik Ortopedicky. R. VIII. 1933. 2. 5.

W ciągu 5 lat autor wykonał w 80 przypadkach plastykę dachu panewki, z tego w 35 równocześnie z wytworzeniem nowej panewki stawowej. Frejka na podstawie swego doświadczenia daje pierwszeństwo przeszczepom z kości piszczelowej — pod warunkiem, że płytka będzie silna i dobrze ustalona. Posługuje się cięciem Smith-Petersena. Po wszczepieniu płytki — podpiera ją wiórami z kości biodrowej, które przytrzymuje na miejscu okostna kości biodrowej i odpowiednio domodelowany opatrunek gipsowy. Wióra kostne wytwarzają kostninę wcześniej, nim zdąży wgoić się przeszczep z kości piszczelowej — i podtrzymują płytkę na miejscu.

Wskazania do plastyki: 1) nadwichnięcia u dzieci powyżej 5—6 roku życia. 2) W przypadkach zwichnięcia w 2—6 roku życia. Powyżej 6 r. życia — zwichnięcie uważa za nieodprowadzalne i wytwarza nową panewkę w miejscu zwichnięcia.

*Gruca* (Lwów).

*Wyniki leczenia wrodzonej stopy końsko-szpotawej redresjami bez uśpienia.* A. PAVLIK. Slovansky Sbornik Ortopedicky. R. VIII. 1933. 2. 5.

Redresja wrodzonych wad stopy w uśpieniu jest zabiegiem brutalnym, — w opatrunkach gipsowych powstają po takich zabiegach obrzęki, odleżyny i kontraktury ischemiczne. Wynikiem jest czasem zupełna sztywność i nieruchomość stopy i skłonność do nawrotów.

U noworodków P. redresuje stopę codziennie bez uśpienia, a wynik ustala zapomocą opatrunku przylepcowego. Leczenie trwa rok. U dzieci starszych — redresja bez narkozy i gips dwa razy w tygodniu. W całości do 20 posiedzeń. W wyniku stopa pozostaje ruchoma, a m. strzałkowe stopniowo obejmują swoją czynność i zapobiegają nawrotom. Nawroty występują tylko w przypadkach porażenia m. strzałkowych. Do 8 roku życia poza prostowaniem wykonywał tylko tenotomję m. krótkich stopy, powyżej 8 r. życia resekcje podskokowe. Leczył w całości 287 przypadków. *Gruca* (Lwów).

*Operacja stopy łukowatej (pes excavatus).* J. VLCEK. Slovansky Sbornik Ortopedicky. R. VIII. 1933. 2. 5.

V. opisuje operacje Frejki: 1) Tenotomję m. krótkich podeszwy. 2) Przedłużenia ścięgna Achillesa. 3) Przeszczepienie ścięgna długiego prostownika palucha na II kości śródstopia. W przypadkach ciężkich wykonuje osteotomję klinową I kości śródstopia — z podstawą klina od strony grzbietowej. 4) Resekcję pod kością skokową. Po zabiegu gips na cztery tygodnie, potem chodzenie w zwykłym buciku. Zabieg taki wykonał 38 razy, wyniki bardzo dobre. *Gruca* (Lwów).

*Obustronne wycięcie płata płucnego dolnego.* ELOESSER. Surg. Gyn. Obst. LVII. 2.

Autor wykonał ten zabieg spowodu wielkich rozstrzeni oskrzelowych. Między operacją prawo- i lewostronną upłynęło kilka miesięcy obserwacji. Chora, która bez skutku poddawała się uprzednio kilku zabiegom niedoszczętnym, oba wycięcia zniosła dobrze i ze znaczną poprawą podjęła dawny tryb życia.

*K. Czyżewski* (Lwów).

---

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

### Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Sprawozdanie XXVIII posiedzenia naukowego z dnia 17 listopada 1933 r.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. Kol. Rothfeld, czł. T-wa przedstawił 2 przypadki:

*a) Zapalenie mózgu z niezwyklemi objawami* u chorego 25-letniego, który zachorował we wrześniu b. r. wśród objawów ogólnego osłabienia i opadania powieki górnej najpierw lewego oka, a po 2 tygodniach także drugiego oka, przyczem wystąpiło podwójne widzenie. Równocześnie z temi objawami zauważył trudności w oddawaniu moczu, oddawał mocz rzadko, 1—2 razy na dobę, musiał czekać, napierać, zanim mocz oddał, a często nie mógł pęcherza opróżnić. Po 2 tygodniach trwania choroby zauważył po przebudzeniu się ze snu stany, które się i obecnie utrzymują i które też obserwowano w klinice. Chory jest po przebudzeniu bezwładny, nie może ruszać ani rękami ani nogami, nie może się podnieść, przy próbach siadania udaje mu się zaledwie unieść cośkolwiek z posłania i natychmiast bezwładnie opada. Ruchy głowy są również bardzo ograniczone, mowa niezaburzona, ale utrudniona, połykanie możliwe. Taki stan bezwładu trwa około pół do jednej godziny, potem stopniowo wracają ruchy i chory czuje się dobrze. Stany takie powtarzały się, ilekroć chory budził się ze snu, bądź w nocy, bądź w dzień.

Także w czasie zasypiania zauważył takie same objawy. Przedmiotowo stwierdzono: porażenie mięśni zaopatrywanych przez n. III *(levator palpebrae sup.* obustronnie, więcej po lewej, *rectus internus, rectus sup.* po lewej, *rectus internus* i *rectus inferior* po prawej), VII dolny prawy słabszy od lewego. W dalszym przebiegu wystąpił zanik żwaczy po stronie lewej i zbaczanie szczęki ku stronie lewej przy otwieraniu ust. Chory jest ogólnie osłabiony, brak porażeń. Odruch kolanowy po prawej może nieco żywszy, brak odruchów patologicznych. Trudności w oddawaniu moczu, chory musi być czasem cewnikowany. Przez kilka dni wzmożona senność. Wassermann ujemny we krwi i w płynie mózg.-rdzen. W krwi c. czerwonych 5,660.000. c. białych 14.500 — pozatem skład normalny. W narządach wewnętrznych brak zmian. Obserwowano kilkakrotnie po obudzeniu chorego ze snu następujące stany: chorego łatwo obudzić, jest natychmiast zorjentowany, ale nie może usiąść, ani obrócić się, może głowę zaledwie oderwać od poduszki, przy większym wysiłku może najwyżej unieść się do półsiedzącej pozycji, ale natychmiast opada spowrotem na łóżko. Kończyny górne i dolne może unieść zaledwie na 20 cm, poczem opadają bezwładnie spowrotem. Napięcie mięśniowe minimalne. W pierwszej chwili po obudzeniu brak odruchów okostnowych i ścięgnistych na kończynach górnych i dolnych, potem stopniowo wracają, natomiast pobudliwość mechaniczna i elektryczna mięśni jest zachowana, prawidłowa. Czucie jest zachowane, chory mówi powoli, z pewną trudnością, ale wyraźnych zaburzeń mowy nie stwierdza się. Dotykanie chorego nie przerywa napadu.

R. rozpoznaje u chorego sprawę zapalną mózgową, a stan bardzo wybitnego niedowładu po śnie (i według zapodań chorego także w czasie zasypiania) określa jako katapleksję przysenną. Stany takie opisali Pfister, Trömner, Wilson, Rosental, Lhermitte, Dupont i Leśniowski, który podał polską nazwę „katapleksja przysenna". Rothfeld omawia napady utraty napięcia mięśniowego w narkolepsji i przy porażeniu napadowem *(paralysis paroxysmalis)* i wskazuje na różnicę oraz na cechy wspólne między temi stanami a napadami stwierdzonemi u chorego przedstawionego. Stany katapleksji przysennej można w tym przypadku odnieść do zmian zapalnych w śródmózgowiu, prawdopodobnie do uszkodzenia ośrodków wegetatywnych, regulujących napięcie mięśniowe i mających pewien wpływ na okresy snu i czuwania.

b) Przypadek *zaczopowania tętnicy móżdżkowej górnej.* Chory lat 59, zawsze zdrów, jedna siostra cierpiała na padaczkę. Dnia 30 października b. r. w nocy stracił nagle przytomność, upadł na ziemię i był nieprzytomny około 4 godziny. Po powrocie do przytomności mówił niezrozumiale i nie poruszał prawemi kończynami. Zawezwany lekarz miał stwierdzić wtedy u chorego prawostronny niedowład połowiczy.

Przyjęty na Klinikę dnia 2. XI. 33; przedmiotowo stwierdzono wtedy: porażenie mięśnia wewnętrznego prostego lewej gałki ocznej, oczopląs przy spojrzeniu w prawo na prawym oku poziomy, przy spojrzeniu w lewo kilka poziomych drgnień nystaktycznych na obu oczach, przy spojrzeniu w górę nystagm pionowy ku górze o dużych wychyleniach. Źrenica lewa nieco węższa, obie nieidealnie okrągłe, czucie bólu i dotyku w obrębie całego nerwu trójdzielnego, po prawej wyraźnie obniżone; czucie na tułowiu i kończynach podaje zmiennie, raz odczuwa gorzej ukłucie i dotyk na całej prawej stronie ciała raz na lewej. Czucie temperatury na całem ciele niezaburzone. Lewy dolny VII. ślad gorszy, lekkie obniżenie pobudliwości nerwu błędnikowego lewego, mowa bełkotliwa, podniebienie miękkie obustronnie dość nisko ustawione, nieco niżej po stronie prawej, przy fonacji dobrze się napina. Początkowo nieznaczne objawy niedowładu połowiczego prawostronnego, nieco gorsza siła motoryczna w ręce, Babiński po prawej zaznaczony, prawy odruch kolanowy nieco żywszy; w czasie pobytu na Klinice objawy te ustąpiły. Wybitna hemiataksja lewostronna, wybitna dysmetrja, adiadochokineza kończyny górnej; przy chodzeniu wybitna ataksja lewej kończyny dolnej, czasami przy chodzeniu wysuwa prawą połowę ciała ku przodowi. Odruch zginania obustronnie dodatni, po prawej wyraźniejszy. O. W. krwi i płynu ujemny. W płynie mózgowo-rdzeniowym brak zmian. Badanie wewnętrzne wykazało objawy nieżytu oskrzeli; w moczu objawy zapalenia pęcherza. Roentgen czaszki nie wykazał stosunków nieprawidłowych.

Z objawów klinicznych zasługuje przedewszystkiem na uwagę bardzo znaczna hemiataksja lewostronna, chód z ataksją lewej kończyny dolnej. Drugim pewnym objawem były zmiany czuciowe w obrębie *n. trigeminus* po stronie prawej, niepewne natomiast było obniżenie czucia na tułowiu i kończynach. Trzecim objawem było porażenie *musc. rectus internus* lewego oka. Wszystkie te objawy dałyby się pomieścić w ramach zmian występujących przy zaczopowaniu tętnicy móżdżkowej górnej *(art. cerebelli superior).* Tętnica ta biegnie tuż za nerwem okoruchowym i zaopatruje częściowo okolicę nakrycia szypułki mózgowej *(tegmentum pedunculi cerebri)* i częściowo całą górną powierzchnię półkuli móżdżkowej. W związku z tem przy zaczopowaniu tej tętnicy może przyjść albo do objawów hemiataksji i obniżenia czucia po tej samej stronie (gdy zajęta jest gałązka *art. cerebelli sup.* dochodząca do *pedunculi cerebri)* albo do hemiataksji po jednej stronie, i obniżenia czucia po stronie przeciwnej (tak jak w naszym przypadku: hemiataksja lewostronna, i obniżenie czucia na twarzy po drugiej stronie) jeżeli oprócz gałązki dochodzącej do *pedunculi cerebri* zajęta jest także gałązka móżdżkowa.

2. Kol. Szumowski, czł. Twa przedstawił przypadek *guza krtani operowanego przez laryngofisurę.*

3. Kol. Wiczyński, czł. Twa wygłosił: *Stanowisko cięcia cesarskiego w położnictwie doby obecnej.* (Przeznaczone do druku).

*W dyskusji* łącznie z wykładem kol. Bocheńskiego p. t. *„Granice porodu siłami natury"* przemawiał kol. Seidler.

Kol. Fels, czł. Twa: w swych wywodach o „granicach porodu siłami natury" omówił prelegent kol. Bocheński stopień natężenia bólów porodowych, wymieniając rozmaite sposoby przedmiotowej oceny tego natężenia, z których żaden nie może być ścisły. Czy jednak w postępowaniu przy porodzie można się też liczyć z podmiotowem reagowaniem na bóle porodowe, na które osoby nerwowe i przeczulone o wiele silniej oddziaływują, aniżeli osoby zahartowane przeciw bólom i bardziej na nie wytrzymałe? Jakich doświadczeń nabrała klinika z porodem bolesnym lub w stanie odurzenia?

Przez długie lata medycyna była głównie lecznicza a chirurgja odgrywała rolę drugorzędną. W ostatniem stuleciu przeżywamy gwałtowny rozwój medycyny chirurgicznej. Przed 30 laty Kader wypowiedział aforyzm, że „lekarzem przyszłości jest internista". Narazie widzimy jeszcze, że im więcej pewna gałąź medycyny stała się chirurgiczną, tem więcej ona postąpiła. Tak jest w medycynie wewnętrznej *(appendicitis, ulcus ventriculi, cholecystopathia),* w otjatrji, nawet w neurologii i tak samo jest w ginekologji i położnictwie. Toteż cięcie cesarskie zajęło w obecnem położnictwie b. rozległe zastosowanie, wyrugowując wiele sztucznych rękoczynów i zabiegów, które z biegiem lat były wynalezione i stosowane wobec miednicy ścieśnionej i w ciężkich powikłaniach porodowych. A wyniki, jak słyszeliśmy, są znacznie lepsze, nietylko dla rodzących, ale i dla płodów, które doniedawna przy różnych sztucznych zabiegach porodowych musiały paść ofiarą. W pierwszym rzędzie obowiązywała zasada: *„Salva mater suprema lex".* Prawdą jest, że to dzisiejsze położnictwo operacyjne może być wykonywane jedynie w klinikach i zakładach szpitalnych, gdyż żądaniem logiki i humanitarności, by oddać klinice, co do kliniki należy, lecz i to musimy uznać za postęp czasu. (streszczenie własne).

Kol. Zalewski, czł. Twa podnosi, że niewiadomo, czy chirurg jest ostatnim etapem w medycynie z punktu widzenia przyszłości — prędzej wydaje się mówcy, że będzie nim higjenista-biolog. Obecny rozwój chirurgji — to jeden z etapów przejściowych.

Kol. Stenzel, czł. Twa zapytuje wiele było śmiertelnych przypadków w materjale prelegenta.

Kol. Bocheński, czł. Twa: mimo rozwoju położnictwa operacyjnego a zwłaszcza cięcia cesarskiego hołdujemy i dzisiaj zasadzie, że poród siłami natury bez żadnej czynnej interwencji jest najkorzystniejszy tak dla matki jak i dla dziecka. Cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy nie sprzeciwia się tej zasadzie, owszem przeciwnie właśnie dobre wyniki po tym zabiegu pozwalają nam zająć w czasie porodu stanowisko wyczekujące w jaknajwiększych granicach, o ile idzie o niestosunek porodowy. Dotyczy to naturalnie tych przypadków, w których liczyć jeszcze możemy na poród *per vias naturales* z dobrym wynikiem dla matki i dziecka, w przypadkach bowiem bezwzględnego niestosunku porodowego decyzja nie jest trudna. Możemy więc w przypadkach wspomnianych wyczekać, czyli poddać niejako próbie czynność porodową, a skoro przekonamy się, że nie zdoła ona sprostać zadaniu, wówczas możemy przystąpić do rozwiązania rodzącej przy pomocy cięcia cesarskiego szyjnego jeszcze w warunkach korzystnych dla matki i dziecka. Sam zabieg zaś w tej fazie czynności porodowej nie staje się ani niebezpieczniejszy ani trudniejszy, lecz owszem jest nawet łatwiejszy, bo dolny odcinek macicy jest rozciągnięty na większej przestrzeni i fałd otrzewnej pęcherzowo-maciczny jest wyżej uniesiony.

Inne powikłania porodowe, stanowiące wskazania do cięcia cesarskiego, nie potrzebują chyba bliższego uzasadnienia. Właśnie one stanowią niezbity dowód postępu położnictwa operacyjnego, którego wyrazem jest cięcie cesarskie. Wszak w wielu tych powikłaniach jedynie przy pomocy tego zabiegu jesteśmy w stanie zagwarantować matce urodzenie dziecka żywego, a jej samej zapewnić rozwiązanie w sposób dla niej najdelikatniejszy. Dzięki temu stoimy dzisiaj na stanowisku, że tak matka jak i dziecko nie powinny wskutek porodu odnieść żadnej szkody i żaden położnik będący w warunkach umożliwiających mu wykonanie cięcia cesarskiego nie odważy się poświęcić życia płodu, mogąc je uratować przy pomocy tego zabiegu.

Rzecz naturalna, że wszystko co ludzkie, jest względne i niedoskonałe. Toteż zawsze będziemy spotykać się zwłaszcza w praktyce prowincjonalnej, z przypadkami, gdzie matka lub dziecko padną ofiarą porodu. Trudno bowiem uratować płód w położeniu poprzecznem zaniedbanem, kiedy nas zawezwano do porodu za późno, lub nawet matkę, jeśli u niej stwierdzimy w czasie porodu ostatnie stadjum gruźlicy rozpadowej.

Trudność decyzji na wykonanie cięcia cesarskiego istnieje u rodzących gorączkujących. O ile jest wyrazem zakażenia ogólnego, zabieg ten nie zabezpiecza rodzącej, ale przeciwnie może stan jej pogorszyć i zadecydować o jej losie. W tych przyp. wchodzą w grę inne zabiegi i sposoby postępowania. Jeśli statystyka kliniki lwowskiej, przedstawiona przez kol. Wiczyńskiego, wykazuje przypadki cięcia cesarskiego u rodzących gorączkujących, to są to przypadki, w których podwyższenie ciepłoty było wyrazem t. zw. urazu porodowego. W tych przypadkach, zdaniem naszem, cięcie cesarskie nie jest przeciwwskazane, co zresztą wyniki doskonale ilustrują. Powaga sytuacji w podobnych przypadkach polega na tem, by właśnie rozstrzygnąć, czy ma się do czynienia z zakażeniem, czy też tylko z urazem porodowym. Tutaj rozstrzyga nietylko skrupulatne jaknajdokładniejsze badanie przedmiotowe, ale w wielkiej mierze również doświadczenie.

Tak w powyższych przypadkach jak również w każdym przypadku porodu nie można postępować szablonowo, lecz przeciwnie zawsze należy indywidualizować i uwzględnić wszystkie momenty i czynniki, wchodzące w grę i dopiero wówczas zadecydować i wybrać sposób postępowania najodpowiedniejszy.

O ile idzie o odpowiedź na zapytanie kol. Felsa, czy sposób reagowania rodzącej na nasilenie bólu nie może być miarą jakości czynności porodowej, zauważyć należy, że nie wszystkie rodzące reagują jednakowo na ból. Wchodzi tu w grę wiele czynników natury nawet psychicznej. Dlatego też nie można ze stopnia reakcji rodzącej wnioskować o nasileniu czynności porodowej. Miarą czynności porodowej jest jedynie efekt pracy porodowej, a więc postęp porodowy. Efekt ten zależy nietylko od samej pracy mięśnia macicznego jako motoru pracującego, ale również od oporów, jakie praca ta musi pokonać. Ma tu więc znaczenie pojemność miednicy, wielkość główki, jej zdolność do konfiguracji, jej sposób wstawiania się do miednicy, podatność części miękkich kanału rodnego, chwila pęknięcia pęcherza płodowego, stan ogólny rodzącej, jej budowa konstytucjonalna i t. d. Wiele z tych czynników możemy ściśle określić i dostatecznie zorjentować się w stosunkach i rozmiarach oporu mechanicznego, jednak bardzo trudno jest ocenić doraźnie czynniki dynamiczne, które przecież są miarodajne dla postępu porodu. Należyte zorjentowanie o wartości tych czynników możliwe jest przy uwzględnieniu oprócz innych — wyżej wspomnianych momentów t. zw. mechanicznych jedynie przy należytem uwzględnieniu diagnostyki czynnościowej, bo ta tylko może nas należycie poinformować o istotnym stanie rzeczy a przedewszystkiem o jakości czynności porodowej.

Co się tyczy postępowania zapobiegawczego odnośnie do powstawania miednic ścieśnionych, o czem wspominał kol. Zalewski, to z natury rzeczy wynika, że położnik, mający do czynienia w czasie porodu już z miednicą ścieśnioną, a więc stojący niejako przed faktem dokonanym, nie może już nic zdziałać. Nie ulega jednak wątpliwości, że i w tym kierunku w myśl ogólnych zasad medycyny, które zadaniem przyszłości jest profilaktyka, można nie jedno zdziałać. I tak np. należyta opieka nad dziećmi cierpiącemi na krzywicę może zapobiec zniekształceniu miednicy, a przynajmniej zmniejszyć rozmiary tego zniekształcenia. Niebrak atoli i prób leczenia miednic ścieśnionych u osób dorosłych w celu zniesienia tego ścieśnienia i umożliwienia danej kobiecie odbycia porodu siłami natury. Stosowano w tym celu przy sposobności wykonywania cięcia cesarskiego resekcję wzgórka kości krzyżowej. Piśmiennictwo położnicze notuje przypadki, w których po tym zabiegu nastąpiło dostateczne rozszerzenie miednicy we wchodzie tak, że kobiety te następne porody odbyć mogły siłami natury. (Streszczenie własne).

Kol. Wiczyński, czł. T-wa, *w odpowiedzi*.

Sprawozdanie XXIX posiedzenia naukowego z dnia 24 listopada 1933 r.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. Kol. Schusterówna, czł. Twa przedstawiła i omówiła preparaty anatomo-patolog.:

a) *Rzadki przypadek uchyłka worka osierdziowego*, stwierdzonego u kobiety 68-letniej, u której klinicznie rozpoznawano miażdżycę tętnic ze znacznem rozszerzeniem tętnicy głównej. Badanie rentgenologiczne wykazało serce o konfiguracji aortalnej, o wybitnie powiększonej komorze lewej. Łuk dolny prawy znacznie wypuklony. *Pericarditis saccata?*

Uchyłek leżał w okolicy przedsionka prawego na wysokości opuszki tętnicy głównej i wypuklał się w kierunku płatu górnego płuca lewego. Wielkość jego wynosiła 10×8 cm, ściany jego były gładkie i cienkie, nigdzie nie wykazywał zrostów z otoczeniem. Badanie drobnowidowe ściany uchyłka wykazało tę samą budowę, jaką posiada worek osierdziowy, bez wybitniejszych zmian patologicznych. Przedstawiony uchyłek jest zatem uchyłkiem prawdziwym, którego zaliczyć należy do t. zw. uchyłków wrodzonych, uważanych za wadę rozwojową.

Uchyłki tego rodzaju należą do wielkich rzadkości, opisanych jest ich zaledwie kilka przypadków. Przedstawiony przypadek zasługuje na szczególniejszą uwagę spowodu swych dotychczas nieopisanych rozmiarów.

*W dyskusji:* Kol. Grabowski, czł. Twa podnosi, że symptomatologia uchyłków podana została dopiero w r. 1928 przez Kimbecka pod nazwą *„pericarditis saccata"* względnie *„diverticulum pericardii"*. Przy głębokim wdechu uchyłek się spłaszcza. Niemniej jednak wynik rentgenologiczny należy brać jeszcze z pewnem zastrzeżeniem.

Kol. Pisek, czł. Twa: Przedstawiony nam rzadki przypadek uchyłka osierdziowego, wykazujący workowate wydęcie przepuklinowate warstwy ściany osierdzia, mimo prześwietlenia Roentgenem — nie dawał się za życia rozpoznać. Nawet gdyby uchyłek wystawał poza kontury cienia serca, wątpię, czyby można przypuścić tętnienie tego uchyłka. Promienie rentgenowskie mają swoje granice, jak widać z przedstawionego zdjęcia. To samo dotyczy i innych podobnych zboczeń — tem bardziej, gdy niema klinicznych objawów. Przed wielu laty stwierdziłem przy sekcji [1]) brak worka sercowego *(Defectus pericardii)*; był to wówczas 11-ty przypadek w piśmiennictwie ogłoszony drukiem. Za życia bezwzględnie nie było objawów. Chory — jeżeli się nie mylę — zmarł z zapalenia płuc. I dziś przypadki braku worka sercowego jak i uchyłki tego rodzaju — usuwają się spod kontroli rentgenowskiej.

b) *Pierwotnego raka marskiej wątroby.*

Drugi preparat jest to wątroba, w której na tle marskości zanikowej rozwinął się pierwotny rak wątroby. Przypadek dotyczył kobiety 33-letniej z Oddz. Wewn. Szpit. Kasy Chorych, u której na podstawie dokładnego badania klinicznego rozpoznawano marskość wątroby i podejrzywano nowotwór złośliwy. Sekcyjnie przy badaniu gołem okiem wątroba przedstawiała typowy obraz marskości zanikowej — dopiero badanie drobnowidowe wykryło obecność raka pierwotnego wątroby powstałego na tle marskości a wychodzącego z kanalików żółciowych, a zatem *Carcinoma cholangocellulare.*

*W dyskusji* kol. Czeżowska, czł. Twa podała bliższe dane kliniczne odnośnie do przedstawionego przypadku.

c) *Tętniaków tętnicy głównej.*

Trzeci przypadek jest to tętniak tętnicy głównej, powstały na tle rozległych zmian kiłowych. Wychodzi on z opuszki tętnicy głównej, wypukła się w kierunku tętnicy płucnej, gdzie w okolicy jej zastawek pękł powodując krwotok do tętnicy płucnej, znaczne zaburzenie w krążeniu i natychmiastową śmierć.

2. Kol. Hałacińska, czł. Twa i kol. Karczyński, czł. Twa wygłosili: *Wyniki leczenia otokiem oliwnym w gruźlicy płuc.* (Przeznaczone do druku).

*W dyskusji:* Kol. Hornung, czł. Tow.: Otok olejowy jest cenną metodą pomocniczą przy leczeniu zapadowem gruźlicy płuc.

Doświadczenia Kliniki chor. wewnętrznych U. J. K. we Lwowie zostały przedstawione przez mówcę na Zjeździe Internistów we wrześniu 1933 w Poznaniu. Dotyczyły one w pierwszym rzędzie przypadków odmy piersiowej powikłanej ropnemi wysiękami. W wielu takich przypadkach można było uzyskać założeniem otoku olejowego znaczną poprawę ogólną, oraz wyleczenie miejscowe.

Przed zbyt szerokiemi wskazaniami należy jednak przestrzec, gdyż powikłania przy otoku olejowym są czasem poważne. Z tych względów nie należy stosować otoku przy większych przedarciach płuca, oraz przy wskazaniach do leczenia odmą piersiową, ze względów ekonomicznych, by choremu oszczędzić dopełniań odmy.

Pozatem zabierał głos w dyskusji kol. Węgrzynowski, czł. Twa.

Sprawozdanie XXX posiedzenia naukowego z dnia 1 grudnia 1933 r.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. Kol. Legeżyński, czł. Twa: *Albert Calmette, jego życie i dzieło.*

2. Kol. T. Kielanowski, czł. Twa: *Gruźlica wrodzona, jawna i utajona w świetle badań Calmette'a i szkoły francuskiej.* (P. G. L. nr. 2. 1934).

3. Kol. Schusterówna, czł. Twa: *Zmiany anatomo-histolog. w zakażeniu doświadczalnem zarazkiem gruźliczym B. C. G.*

Opierając się na odnośnem piśmiennictwie, przedewszystkiem zaś na wynikach badań własnych, które naogół kryją się z badaniami autorów innych, stwierdza prelegentka, że z wyjątkiem nielicznych badaczy wykazali wszyscy, że szczepionka B. C. G. nie wywołuje u zwierząt wrażliwych na gruźlicę ludzką, a zatem u morskich świnek i królików, gruźlicy postępującej, a zmiany swoiste, powstałe po wstrzyknięciu dożylnem lub dootrzewnowem, okazują skłonność do ograniczenia się i do gojenia. Z ogniska pierwotnego może się sprawa wprawdzie rozszerzać. Zmiany te pojawiają się jednak tylko w nader nielicznych przypadkach i to tylko w pierwszych okresach po zakażeniu, później znikają, i ulegają wessaniu. Nacieki zapalne, powstałe na tle B. C. G. różnią się do pewnego stopnia drobnowidowo od zmian wywołanych przez zwykłe prątki Kocha, z tym dodatkiem, że zawierają obok obfitych komórek nabłonkowatych i nielicznych komórek olbrzy-

[1]) Odbitka znajduje się w bibljotece Instytut anat. patol. U. J. K.

mich leukocyty wielojądrzaste, naczynia krwionośne i tkankę ziarninową. Martwica pojawia się rzadko i to w ogniskach starszych, i nie ma charakteru typowego serowacenia. Przypomina ona raczej ropnia, który ulega rozpadowi. Prątki wykazane w tkankach mają charakter ziarnisty; naogół jest ich mało, stwierdzić je można w świeżych naciekach lub później w masach martwiczych starszych ognisk otorbionych. Zwierzęta zakażone B. C. G. klinicznie przybierają na wadze, sekcyjnie zaś stwierdza się u nich dobre odżywienie i dobre ukrwienia narządów. Śmierć następuje z przyczyn od szczepienia niezależnych.

Sprawozdanie XXXI posiedzenia naukowego z dnia 15 grudnia 1933 r.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

Na wstępie kol. Prezes wygłasza dłuższe wspomnienie pośmiertne o ś. p. Rektorze drze Henryku Halbanie. Pamięć Zmarłego uczcili członkowie przez powstanie.

1. *Wybór Komisji Matki.*

Przyjęto proponowaną przez Zarząd listę członków Komisji Matki w składzie następującym: kol. Dobrzański, Falkiewicz Tad., Fels, Kochaj, Krzyżanowski Marjan, Nowicki, Ostrowski Stanisław (prym.), Pisek, Pohorecki, Rencki, Ruff, Schusterówna, Skrowaczewski, Węgrzynowski i Ziembicki.

2. Propozycja zmiany terminu Walnego Zebrania w roku bieżącym.

Uchwalono przesunąć termin Walnego Zebrania o tydzień wcześniej t. zn. na dzień 12 stycznia 1934.

3. Kol. Leszczyński, czł. Twa: *Dermatologiczny wieczór projekcyjny.*

Prelegent przedstawił szereg fotografij ciekawszych przypadków równocześnie je bliżej omawiając.

Sprawozdanie XXXII posiedzenia naukowego z dnia 22 grudnia 1933 r.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. Kol. Danielski, czł. Twa wygłosił: *Leczenie posanatoryjne a komory pneumatyczne.* (przeznaczone do druku).

*Dyskusja:* kol. Pisek, czł. Twa nadmienia, że komory pneumatyczne nie są nowością, znane były jeszcze przed 50-ciu laty w Niemczech. Mówca przypomina przy tej okazji o komorach pneumatycznych, które znajdowały się również około 50-ciu lat temu w Szczawnicy w Zakładzie dra Łanuchy.

Kol. Wysocki, czł. Twa zapytuje, jakie są wyniki i dane statystyczne w znanych instytucjach.

W odpowiedzi przemawia kol. Danielski.

Sekretarz: *T. Chorążak.*

## Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 26 kwietnia 1933 r.

*Pokazy chorych:*

1. Kol. Klinger przedstawił wspólny z Kol. Kryńskim przypadek *Purpura haemorrhagica thrombocytopenica (Morbus maculosus Werlhofii)* u 22-letniej dziewczyny.

T. F. 22 l. Służąca. 15. IV. r. b. poczuła nagle silne swędzenie górnej połowy ciała, co zmusiło ją do drapania się, poczem zauważyła całą masę czerwonych, pojedyńczych punkcików, które potem zaczęły się zlewać w podłużne smugi. Według słów chorej na każdem miejscu zadrapania powstają po kilku godzinach podłużne pręgi, składające się z krwawych punkcików. Pozatem chora uskarża się na krwawienia z jamy ustnej, trwające już od 4-ch dni. Pochodzi ze zdrowej rodziny. Sama nigdy poważniej nie chorowała. W zeszłym roku miała podobno kilka czerwonych punkcików na ramionach, które same znikły, wobec czego nie zgłosiła się wówczas do lekarza.

Przy badaniu wewnętrznem żadnych uchyleń od normy nie stwierdzono. Śledziona niepowiększona. Na błonie śluzowej organów płciowych zwłaszcza u ujścia cewki i na małych wargach — krwawiące wybroczyny. Przy badaniu zewnętrznem stwierdzono na całem ciele rozrzucone ogniska wybroczynowe różnej wielkości od ziarnka maku do 5 złotówki. Szczególnie gęsto ułożone są wybroczyny w okolicy klatki piersiowej i pod pachami, tworzą one długie smugi i pręgi różnej wielkości i szerokości. Pozatem widzimy podskórne wylewy krwawe i sińce we wszystkich kolorach tęczy (wielkości od ziarna fasoli do piąstki dziecięcej) na udach, podudziach i plecach. Na błonie śluzowej jamy ustnej, na języku, na podniebieniach twardem i miękkiem, łukach i języczku — wszędzie widać rozsiane, drobne wybroczyny krwawe.

Obraz morfolog. krwi: Hgl. — 81%; wskaz. barw. — 0,84; Erytroc. — 4,800.000; Obojętnochł. — 63,3; Limfoc. — 23,8; Monoc. — 9,1; Kwasochł. — 3,7; Myelobl. — 0; Myeloc. — 0; Młod. — 0; Pał. — 6,4; Segment. — 56,9; Trombocytów — 6.000; Czas krwawienia — 10'; Czas krzepnięcia — cokolwiek przedłużony; Objaw opaskowy badany 26. IV. 1933 — silnie dodatni; poniżej uciśniętego (w przeciągu 5 min.) miejsca całe ramię i przedramię pokryło się masą drobniutkich (wielkości łepka od szpilki) wybroczynek („jak makiem posiane"). Etjologja nie została dotychczas ostatecznie wyjaśnioną.

*W dyskusji:* Kol. Justman: Czy w demonstrowanym przypadku nie obserwowano przedtem objawów reumatycznych, lub częstych angin? Czy nie stosowano zastrzyków?

Kol. Reicher: Jakie prognostyczne znaczenie ma nasilenie trombopenji.

Kol. Klinger *w odpowiedzi:* Chora obecnie narzeka na lekkie bóle w kolanach. Zastrzyków żadnych nie otrzymywała. Ilość płytek nie stanowi o ciężkości przypadku.

2. Kol. Turyn przedstawił *2 przypadki cukrzycy, leczone przez dłuższy czas insuliną.* U młodszej pacjentki w miejscach zastrzyków powstawały nacieki, po zniknięciu których wytwarzały się wgłębienia skóry. U starszej wgłębienia skóry powstawały bez uprzednich nacieków. Miał tu miejsce zanik tłuszczowej tkanki podskórnej po zastrzykach insuliny *(Lipodistrophia postinsulinosa).*

3. Kol. Frenklowa: *„Przypadek nietypowego zapalenia gruźliczego opon mózgowo-rdzeniowych".*

*„Przypadek porażenia połowiczego w przebiegu choroby posurowiczej".* (P. G. L. Nr. 33—34. 1933).

*W dyskusji:* Kol. Justman zapytał, czy w płynie mózgowo-rdzeniowym pierwszego przypadku stwierdzono błonkę. W przypadku drugim nie widzi porażenia, tylko podrażnienie. Objaśnić objawy te łatwo można posurowiczem obrzękiem tkanki nerwowej, względnie wysiękiem w oponie miękkiej.

Kol. Knichowiecki obserwował 2 przypadki gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z pomyślnym przebiegiem. W przypadku pierwszym stosowano aurosan, w drugim po roku nastąpiła recydywa.

Kol. Załęski zapytał, czy w przypadku pierwszym wyhodowany ze świnki morskiej prątek gruźlicy nie był typu zwierzęcego.

Kol. Mogilnicki: W przyp. I ilość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym była prawie normalną, zwykle przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych ilość cukru bywa znacznie zmniejszona.

Kol. Frenkel: W przypadku drugim był zespół podrażnieniowy, objawów oponowych nie było, umiejscowić uszkodzenie należy w sferze pozapiramidowej, dokładnej lokalizacji przeprowadzić nie można.

Kol. Frenklowa *w odpowiedzi:* Błonki w płynie m.-rdz. w przypadku 1 nie stwierdzono. Próba na gruźlicę zwierzęcą nie była wykonana. W przypadku 2 był niedowład z objawami podrażnieniowemi. Objaśnienie cierpienia posurowiczem obrzękiem tkanki nerwowej nie jest zupełnie pewnem wytłumaczeniem, brak mu bowiem potwierdzenia na materjale sekcyjnym.

4. *„Z kazuistyki rzadkich schorzeń układu krwiotwórczego u dzieci".* A) część kliniczna — Kol. M. Gutmanowa i F. Rozenówna. B) część anatomo-patologiczna: — Kol. K. Ściesiński. (Prace ukażą się w druku).

*W dyskusji* zabierali głos kol. Itelson, Kryszek, Szyfman i Kokotek. Odpowiedziała Kol. Rozenówna.

Kol. Kryszek: Obraz krwi pierwszego przypadku nie jest dostatecznie przekonywujący dla ostrej leukemji. Bardziej charakterystycznym stać się może pod wpływem injekcji adrenaliny. W obserwowanym na oddziale wewnętrznym szpitala Poznańskich przypadku ostrej białaczki ilość białych ciałek wzrosła z 5.000 — po próbie Freya — do 60.000, utrzymując się odtąd stale we krwi.

Lecznicze stosowanie Roentgena w przypadkach ostrej białaczki jest niebezpieczne i raczej przeciwwskazane.

W związku ze skazą krwotoczną dopytuje o wynik objawu opaskowego.

Kol. Kokotek: Prelegentka, wymieniając dane, dotyczące pierwszego przypadku, nie wspomniała o komórkach obojętnochłonnych patologicznych ze zmianami w strukturze jądrowej i z toksyczną ziarnistością w zarodzi. Komórki te, ocenione właściwie i wprowadzone do diagnostyki hematologicznej przez szkołę Naegelego, występują w szeregu stanów zakaźnych, w pierwszym rzędzie w zapaleniu płuc płatowem, następnie w posocznicy, wywołanej przez paciorkowce, gronkowce, pał. okrężnicy i inne drobnoustroje, w durach brzusznym i plamistym

i t. d. W omawianym przypadku, gdzie rozpoznanie wahało się między ostrą białaczką a posocznicą paciorkowcową, obecność komórek obojętnochłonnych patologicznych we krwi mogłaby w pewnym stopniu wyświetlić sprawę, gdyż ukazują się one w posocznicy, natomiast nie stwierdza się ich prawie nigdy w ostrej białaczce. Brak zmienionych patologicznie komórek obojętnochłonnych przemawiałby za ostrą białaczką i potwierdziłby rozpoznanie prelegentki.

## LISTY DO REDAKCJI.

### Odezwa Zjednoczenia Lekarzy b. studentów U. W. po 1915 r.

Olbrzymie zmiany, jakie w ostatnich latach zaszły w strukturze społeczeństw, powstanie nowych zagadnień, rewizja dotychczasowych form i pojęć odbiły się na wszystkich gałęziach pracy silnem echem, stworzyły nowe potrzeby, konieczność przystosowania się do nowych form i konieczność samorzutnego stwarzania podwalin bytu i pracy zawodowej.

Musimy stwierdzić, że na naszym terenie w dotychczasowym biegu zdarzeń stan lekarski nie zajął należnego stanowiska, do przemian i haseł doby obecnej ustosunkował się biernie, niejako czekał, aż społeczeństwo wskaże mu właściwe stanowisko i światopoglądy na pracę społeczno-lekarską.

Bierność ta wyrządziła dużo krzywdy i światu lekarskiemu i społeczeństwu. Dzięki brakowi należytego zrozumienia konieczności jednolitej sprężyście zorganizowanej, obejmującej cały kraj akcji zdrowotnej, upadło Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Fakt ten pociągnął za sobą wiele złego dla wszelkiej akcji sanitarnej na większą skalę i dla lekarzy. Wprowadzenie w życie ubezpieczeń społecznych i związanego z niemi lecznictwa, co było niejako formą ewolucyjną rozwoju pojęć na znaczenie zdrowia dla społeczeństwa, przeszło bez udziału lekarzy, bez pozytywnego ustosunkowania się i pokierowania przez tych — co najwięcej w kwestji niesienia pomocy zdrowotnej ludności mieli do powiedzenia.

Czasy, gdy zdrowie człowieka było jedynie i wyłącznie własnością jednostki, przeszły, dziś zdrowie jest majątkiem całego społeczeństwa. Ta zmiana poglądów odbić się musiała na pracy lekarskiej. Dawniej lekarz zamykał się wyłącznie do praktyki prywatnej — czekał aż chory zgłosi się do niego; dziś zadaniem lekarza jest nietylko leczenie chorego, ale również dotarcie do chorego i do źródła choroby, zapewnienie jednostce i społeczeństwu bezpieczeństwa zdrowotnego.

Kasy Chorych były pierwszym odgłosem tego światopoglądu. Cóż, kiedy tworzyły się przy biernym, a często i nieprzychylnym stosunku lekarzy. Lekarze dzięki temu zeszli w nich tylko do roli najemnych pracowników i jakże często podejmowali pracę w nich, traktując ją jedynie jako tymczasowy zarobek pozwalający przetrwać „ciężkie czasy“ — doczekać, kiedy znów będzie można wrócić do prywatnej praktyki we własnym gabinecie.

Trzeba zerwać wreszcie z tą biernością. Czas zdać sobie jasno sprawę z postulatów życiowych, z przemian, jakie zaszły i na ich gruncie, budować przyszłość świata lekarskiego, a nie usiłować wrócić do dawnych form i do dawnych pojęć.

Zrozumienie tych postulatów, pozytywne ustosunkowanie się do zagadnień i interesów Państwa, stanowisko państwowotwórcze idące po linji racji stanu dyktuje Zjednoczeniu Lekarzy następujące postulaty:

1. Reaktywowanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego i zorganizowanie powszechnej służby zdrowia, która objęłaby cały kraj i całą ludność kraju opieką zdrowotną. W tej bowiem formie widzimy najistotniejsze spełnienie zadań lekarskich w stosunku do całego społeczeństwa.

2. Rozwój i umocnienie stanowiska lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych, jako formie ewolucyjnej na drodze do objęcia całego kraju opieką lekarską. W lecznictwie ubezpieczeniowem czynnik lekarski winien zająć właściwe miejsce, mieć wpływ na rozwój i całość akcji, a praca lekarska powinna znaleźć jaknajlepsze warunki i jaknajmniej skrępowania do rozwinięcia jej w myśl wymagań wiedzy.

3. Reforma studjów lekarskich na wyższych uczelniach w kierunku przystosowania ich do praktycznych potrzeb lecznictwa, wymagań społeczno-lekarskich i utrzymania poziomu moralnego przyszłych lekarzy.

4. W szkoleniu lekarzy powinny być należycie rozwinięte działy medycyny społecznej.

5. Nadanie pełnych i konkretnych form działania Izbom Lekarskim, jako instytucjom powołanym do normowania warunków życia lekarskiego.

6. Zapewnienie głosu czynnikowi lekarskiemu w ogólnej polityce kraju, jako jednemu z ważniejszych zagadnień z dziedziny ochrony Państwa i Narodu.

Zarząd Zjednoczenia Lekarzy:

Sekretarz: *Dr. J. Zembrzuski.* Prezes: *Dr. W. Odrzywolski.*

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Odznaczenia i wiadomości osobiste.*

Dr. fil. i med. Piotr Słonimski Doc. U. W., odznaczony został Krzyżem Niepodległości.

Min. Wyznań Rel. i Ośw. Publ. przeniosło veniam legendi docentowi stomatologji dr. Konradowi Szepelskiemu z Uniwersytetu Lwowskiego do Akademji Stomatologicznej w Warszawie.

*Zmarli.*

Dnia 7 lutego b. r. zmarł w Warszawie dr. Leon Zamenhof przeżywszy 58 lat.

Dr. Herman Pilcer, em. naczelny lekarz miejski m. Tarnowa zmarł w 73 roku życia.

*Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.*

III posiedzenie Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się dnia 16 lutego b. r. J. Wolf: Przyp. nadziania się przez pochwę z uszkodzeniem esicy. Jaburek: Omówienie 2 przypadków nowotworu w lewym płacie ciemieniowym. T. Wilczek: Przypadek pourazowego krwiaka w zakresie szczytu płuca lewego, imitującego tętniaka. Dyskusja nad referatem kol. Szumskiego. A. Falkiewicz: Zmiany elektrokardjogramu i znaczenie elektrokardjografji w dusznicy bolesnej.

Polskie Tow. Przyjaciół Huculszczyzny organizuje Zjazd Lekarski, który odbędzie się w pierwszych dniach czerwca b. r. Tematy zjazdu będą następujące: 1) Walory zdrowotne Huculszczyzny, 2) stan sanitarny tych terenów i 3) zagadnienie zaopatrzenia Huculszczyzny w wodę do picia.

*Medycyna społeczna.*

Min. Opieki Społ. wzywa do tworzenia półsanatorjów dla chorych gruźliczych. Instytucje podobne zagranicą noszą nazwy: stacyj leśnych, odpoczynkowych; sanatorjów dziennych i nocnych: u nas istnieją sanatorja dzienne dla dzieci. Min. pragnie pomóc w utworzeniu takich zakładów i dla dorosłych, którzy z różnych względów nie mogą dostać się do sanatorjów pełnych; w półsanatorjach mogliby zależnie od warunków domowych przebywać tylko w ciągu dnia lub nocy. Zakłady takie, położone w pobliżu miast lub na przedmieściach, nosiłyby charakter baraków wśród lasu lub ogrodów. Urzędy wojewódzkie mają do 1. IV. b. r. przedłożyć plany zrealizowania tego projektu.

*Różne.*

W niedzielę dnia 11 lutego b. r. odbyła się w Warszawie „Akademja Trzeźwości“ zorganizowana przez Tow. Trzeźwość. Podczas akademji wygłoszono szereg przemówień na temat walki z alkoholizmem. Dr. W. Borkowski mówił o obniżaniu wartości rasy wskutek nadużywania alkoholu, p. Woytowicz-Grabińska o wpływie alkoholizmu na przestępczość i doc. dr. G. Szulc o rzekomej wartości leczniczej i odżywczej alkoholu oraz o konieczności unikania w sztuce apoteozy alkoholu.

Jedno z najwybitniejszych pism lekarskich w Niemczech, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* wydało specjalny numer z okazji sześćdziesięciolecia swego istnienia. Wierne swemu założeniu dawania przeglądu bieżącego stanu wiedzy lekarskiej lekarzowi-praktykowi, pod kątem jego zainteresowań i w swym jubileuszowym numerze daje krótkie, przeglądowe wykłady Krehla (lekarz i nauka), Kollego (lecznictwo doświadczalne), Aschoffa (reumatyzm), Umbera (cukrzyca), Läwena (artrotomja rozpoznawcza w schorzeniach przewlekłych kolana) i wiele innych. Kolle, przedstawiając postępy w lecznictwie chorób zakaźnych w ostatnich 50 latach, podkreśla doniosłość doświadczenia na zwierzęciu także dla wyświetlenia wielu, dziś jeszcze ciemnych problemów lekarskich.

Rada Naukowa Wychowania Fizycznego zorganizowała badania uczestników marszu narciarskiego „Szlakiem drugiej Brygady Legionów". Komisja lekarska pod przewodnictwem doc. dr. Gustawa Szulca ma zbadać 10 drużyn wojskowych przed marszem w Rafajłowej i po ukończonym marszu w Worochcie. Wyniki badań będą opracowane i złożone w Komisji Lekarskiej Rady Naukowej Wychowania Fizycznego.

Przy głównych władzach partji hitlerowskiej (NSDAP) w Niemczech utworzono radę przyboczną fachowców spraw lekarskich, w skład której obok lekarzy, farmaceuty, dentysty, masażysty wchodzi i lekarz naturalista („*Heilpraktiker*") Heinisch. Wogóle organizacja naturalistów w Niemczech uzyskała wielkie wpływy w obecnych warunkach i traktowana jest często z urzędu narówni z organizacjami lekarskiemi.

Rozporządzeniem ministerjalnem ustalono w Niemczech najniższą opłatę za wykonanie odczynu Wassermanna (wraz z jedną z prób skłaczkowania) na 2.70 mar. niem. Nawet masowe układy np. z Kasami Chorych opłaty tej obniżyć nie mają prawa.

Według nowych przepisów w Berlinie wywołanie sztucznego poronienia dopuszczalne jest: 1) za zgodą specjalnie wyznaczonych do tego celu lekarzy, 2) w wypadkach rzeczywistego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia ciężarnej (nie ze względów eugenicznych!), 3) wykonanie zabiegu dopuszczalne jest tylko w szpitalach publicznych i klinikach prywatnych, posiadających na to specjalne zezwolenie Izby lekarskiej.

Niemieckie władze sanitarne podkreślają z naciskiem potrzebę urządzania kursów dokształcających dla położnych, przyczem gminy winny pokrywać koszty przejazdu i pobytu położnych na tych kursach.

Od 15. I. — 14. II. b. r. przeprowadzany jest w Niemczech spis chorych wenerycznych. Każdy lekarz i położna zobowiązani się podać do wiadomości władz ilość chorych poddających się leczeniu.

Pruskie Min. Sp. Wewn. zwróciło uwagę na odpowiednie przechowywanie roczczynu azotanu srebra, używanego do zabiegu Credégo. Tylko większe zakłady przechowywać go mogą we flaszkach, do użytku położnych polecane są ampułki z lapisem, przyczem w sporządzaniu ampułek baczyć należy na to, by nie dawały one możliwości powstawania odprysków szklanych.

*Komunikaty.*

W myśl dyrektyw Międzynarodowej Ligi Przeciwreumatycznej oraz zgodnie z uchwałą Walnego Zebrania Polskiego Towarzystwa Zwalczania Gośćca (Reumatyzmu), powziętej w Poznaniu w dniu 14. IX. 33 została uruchomiona przy Wydziale Lekarskim Uniw. Poznańskiego Poradnia Przeciwreumatyczna. Poradnia, pozostająca pod kierownictwem Prof. Dr. W. Jezierskiego oraz Doc. Dr. F. Raszeji, mieści się w Poliklinice Ortopedycznej U. P.

Kursy fachowe dla polskich lekarzy przy uniwersytecie wiedeńskim. W myśl propozycji Warszawskiego Oddziału Komisji Ruchu Turystycznego Wiednia i Dolnej Austrji (Warszawa, Wierzbowa 6), biuro kursów przy wiedeńskim wydziale medycznym projektuje urządzenie kursów fachowych dla lekarzy polskich. I. Kurs trwałby w czasie od 5—24 marca 1934 r., dziennie 6 godzin, prócz niedziel i świąt, (które są wolne dla wycieczek i ewentualnych innych imprez), razem 90 godzin wykładowych przy zgłoszeniu conajmniej 50 uczestników. Honorarjum wraz z wpisowem wynosi 120 szylingów. dla każdego uczestnika, płatne zgóry. Uczestnik otrzymuje kartę uczestnictwa, opiewającą na nazwisko słuchacza oraz legitymację, która upoważnia do korzystania z następujących ulg: 1) z bezpłatnej wizy austrjackiej, ważnej również dla każdego członka rodziny towarzyszącego uczestnikowi. Gdyby członkowie rodziny (żona lub dzieci) posiadali osobny paszport, otrzymują oni z biura kursów również bezpłatną legitymację. 2) z 50% zniżki kolejowej na austrjackich kolejach związkowych przy powrotnej drodze do jakiejkolwiek austrjackiej stacji granicznej, lecz tylko dla samego słuchacza. II. Kurs ten, który przeznaczony jest dla praktykującego lekarza, obejmuje dziennie 2—3 godziny wykładów, resztę godzin przeznacza się na ćwiczenia praktyczne, które odbędą się pod nadzorem wykładowców, podzielone na małe grupy, by każdy słuchacz miał możność badania chorych i t. p., przyczem uwzględnione zostaną ewentualne życzenia indywidualne. Przewidziane jest również zwiedzanie klinik, szpitali, oraz interesujących urządzeń placówek zawodowych.

Amerykańskie Tow. Studjów nad Wolem przeznacza po raz piąty nagrodę 300 dolarów i 2 dyplomy honorowe dla najlepszych prac z tego zakresu. Rękopisy w języku angielskim kierować należy pod adresem: M. J. R. Yung. M. D. 670 Cherry St., Terre Haute, Ind. U. S. A. do 1. IV. 1934.

*Redakcja otrzymała:*

*J. Frostig:* Psychjatrja. T. I i II. Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Lwów. 1933.

*Związek Kas Chorych:* Sprawozdanie z działalności zakładów leczniczych za rok 1932. Warszawa 1933.

*M. Grzywo-Dąbrowski:* Pogadanka o gruźlicy dla uczniów szkół średnich. Łódź. 1933.

*Podręcznik pielęgniarstwa i ratownictwa.* Pol. Cz. Krzyż. Warszawa. 1934.

*Fr. Giedroyć:* Wiekowe spory o błonę dziewiczą. Warszawa. Kasa im. Mianowskiego. 1934.

*Ruch Filozoficzny.* T. XII. 1930—1931. Lwów.

*H. Dietlen:* Die Lungentuberkulose. Steinkopff. Dresden. 1933.

*Aerzteverin zu Bad Oeynhausen.* Erkrankungen des Herzmuskels und der Herzklappen. Steinkopff. Dresden. 1933.

*L. Sternheim:* Das Wunder der Heilung durch eigenes Blut H. Huber. Bern.

*A. Lesage:* Enfance et hérédité. Masson. Paris. 1933.

*J. Poucel:* La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. Masson. Paris. 1933.

*H. Vignes et G. Blechmann:* Les prématurés. Masson. Paris. 1933.

*Soc. des Nations.* Statistiques des maladies à declaration obligatoire pour l'année 1931. Geneve. 1933.

*Labbé et Fabrykant:* Le Phosphore. Masson. Paris. 1933.

*Roger et Binet:* Traité de physiologie. T. I. Masson. Paris. 1933 r.

*N. Fiessinger:* Physio-pathologie des syndromes endocriniens. Masson. Paris. 1933.

*H. Vignes:* La durée de la grossesse et ses anomalies. Masson. Paris. 1933.

*M. Langeron:* Précis de microscopie. Masson. Paris. 1934.

*R. Dujarric de la Rivière:* Le poison des amanites mortelles. Masson. Paris. 1933.

*G. Canuyt et P. Daull:* Les phlegmons de la loge amygdalienne. Masson. Paris. 1934.

*Pasteur Vallery-Radot:* Pathologie de l'appareil urinaire. Masson. Paris. 1933.

*L. Michelet:* *L'hemo-vaccin.* Paris. 1933.

*L. Spillmann:* L'évolution de la lutte contre la syphilis. Masson. Paris. 1933.

*L. Bérard et M. Patel:* Formes chirurgicales de la Tuberculose intestinal. Masson. Paris. 212, 35. 1933.

*A. Tzanck:* Problèmes théoriques et pratiques de la transfusion sanguine. Masson. Paris. 1933.

*R. Leriche et P. Stricker:* L'artériectomie dans les artérites oblitérantes. Masson. Paris. 1933.

*P. L. Mirizzi:* La cholécystectomie sans drainage. Masson. Paris. 1933.

*M. Fèvre:* Chirurgie infantile d'urgence. Masson. Paris. 1933.

*M. Villaret et L. Justin-Besançon:* Hydrologie expérimentale. Masson. Paris. 1933.

*Groupe lyonnais d'études médicales philosophiques et biologiques.* Formes, vie et pensée. Lavandier. Lyon. 1933.



*Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.*